MACOVEI RADU ALEXANDRU (coord.)
GALETESCU EMANOIL, VASILESCU LUCIAN
TIHAN EUSEBIU CĂPĂSTRARU CRISTIAN

ELEMENTE DE TOXICOLOGIA DROGURILOR

ASPECTE MEDICALE, TOXICOLOGICE, PSIHOSOCIALE, PSIHIATRICE ŞI JURIDICE

FOCUS

MACOVEI RADU ALEXANDRU

GALETESCU EMANOIL **VASILESCU LUCIAN**
TIHAN EUSEBIU **CĂPĂSTRARU CRISTIAN**

ELEMENTE DE TOXICOLOGIA DROGURILOR

ASPECTE MEDICALE, PSIHOSOCIALE ŞI JURIDICE

EDITURA
FOCUS

BUCUREŞTI,
2006

© 2006, Bucureşti
AUTORI:

1. **MACOVEI RADU ALEXANDRU (coord.)**
2. **GALETESCU EMANOIL**
3. **VASILESCU LUCIAN**
4. **TIHAN EUSEBIU**
5. **CĂPĂSTRARU CRISTIAN**

ELEMENTE DE TOXICOLOGIA DROGURILOR.
ASPECTE MEDICALE, TOXICOLOGICE, PSIHOSOCIALE, PSIHIATRICE ŞI JURIDICE

Editura FOCUS

772 pag A4, format .pdf

Materialul poate fi utilizat în scopuri ştiinţifice.

ISBN 973 – 87104-8-0

Responsabilitatea materialelor prezentate revine autorilor.

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE 17

INTRODUCERE 21

CARACTERISTICILE UZULUI ŞI CONSUMULUI DE DROGURI 34
NATURA DEPENDENȚEI DE DROG 35
Concepţia populară 35
Efecte fiziologice ale adicţiei 35
TOLERANTA 36
Toleranta încrucisata. 36
Dependenta 36
Sevrajul 37
Abuz de droguri 37
Euforia 37
Halucinatiile 37
CLASIFICAREA DROGURILOR 38
Dupa efectul produs asupra sistemului nervos central: 38
Dupa originea produsului: 38
Dupa regimul juridic al substantelor: 38
Dupa dependenta generata: 38
Consum, obişnuinţă şi dependenţă. 38
CATEGORII ŞI GRUPE DE DROGURI 38
Substante psihotrope si substante stupefiante 38
Termeni farmaceutici 39
COCAINA 40
Utilizările medicale ale cocainei 42
Dependenta de cocaină 42
Efectele cocainei asupra corpului omenesc 43
MARIJUANA (CANABIS) 44
Istoria Marijuanei 45
Întrebuintarea medicală a marijuanei. 45
Dependenta de marijuana 48
CIUPERCILE HALUCINOGENE 48
INHALANTII 48
LSD 49
AMFETAMINELE 50
Ce sunt amfetaminele? 51
Ecstasy 51
Efectele folosirii pe termen scurt 52
Efectele folosirii pe termen indelungat 52
Sfaturi de siguranţă 53
BARBITURICELE 53
EFEDRINA 53
OPIUL 53

HEROINA 54

PREZENTARE 57
MOD DE ADMINISTRARE: 58
EFECTELE HEROINEI 60

DROGURILE ÎN ROMÂNIA 63

TOPUL DROGURILOR PREFERATE ... 63
MEDII DE DISTRIBUȚIE ... 64
CUM NE FERIM DE DROGURI? ... 64
TENDINȚE LEGATE DE DROG ... 66
Cannabis ... *66*
Droguri sintetice (amfetamine, ecstasy, LSD) ... *67*
Heroină/Opiacee ... *67*
Cocaină ... *67*
Medicamente ... *67*
Consumul multiplu (inclusiv de alcool) ... *68*
Solvenți ... *68*
Dopajul ... *68*
CONCLUZII ... 68
Principalele tendințe de consum și consecințe ... *68*

SCURTĂ ANALIZĂ ... 79

DEFINIȚIE. ... 79
DROGURILE. DE CE SE DROGHEAZĂ UNELE PERSOANE? ... 81

STUDII ... 81

COMUNICAREA PRIN SERINGA ... 81
CE SUNT DROGURILE? ... 85
CONSUMUL DE DROGURI. ... 85
TOLERANȚA LA SUBSTANȚĂ, DEPENDENȚA. ... 85
MECANISMUL APARIȚIEI DEPENDENȚEI DE SUBSTANȚE ... 86
TENDINȚE ÎN CONSUMUL DE DROG ... 88

TEORIE. CERCETARE. MODELE EXPLICATIVE. ... 89

TEORIA PSIHANALITICĂ. ... 89
MODELUL BIOLOGIC. ... 89
MODELE PSIHOSOCIOLOGICE: STRES – ADAPTARE. ... 90
DISFUNCȚIA FAMILIEI. ... 90

CONCEPTUL DE RISC. ... 91

CONSUMUL DE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE ... 92

EFECTELE DROGURILOR ... 92
INTERACȚIUNEA DROGURILOR CU SISTEMUL CELULAR. ... 92
SEDATIVE, HIPNOTICE. ... 93
STIMULANTELE ... 94
"Caciula libertatii" ... 95
MODURI DE ADMINISTRARE. ... 96
Relația doză-răspuns ... *97*
COCAINA ... 99
MARIHUANA ... 100
SOLVENȚII VOLATILI. ... 101
NARCOTICE OPIACEE. ... 102

SUBSTANȚE PSIHEDELICE/HALUCINOGENE. ... 103

FACTORI DE RISC. ... 104

Partenerii, amicii, colegii. ... *106*
Școala. ... *107*

CARACTERISTICI DEFINITORII. ... 108

ABORDAREA CONSUMULUI ȘI ABUZULUI DE DROGURI. ... 109

PROCESUL DE EVALUARE. ... 110

APRECIEREA. 110

OBIECTIVELE SUBIECTULUI. 112

ABORDAREA TREBUINȚEI INDIVIDULUI PENTRU SUBSTANȚE 112
INTERVENȚIA TERAPEUTICĂ. 112
EVALUAREA. 115
IDENTIFICAREA ALTERNATIVELOR LA CONSUMUL DE DROG. 123

PROBLEME ETICE ŞI SOCIALE ALE CONSUMULUI DE DROG 124

SOLUȚIILE SOCIETĂȚII ÎN ABUZUL DE DROG. 124

REZUMAT. 125

BIBLIOGRAFIE 126

SĂNĂTATEA CA BUN PERSONAL ŞI SOCIAL, PRODUCĂTOARE DE VALORI. RAPORTUL SĂNĂTATE TEREN-CONSTITUȚIONAL: ROLUL FACTORULUI GENETIC ÎN MODULAREA "PERSONALITĂȚII" CONSUMATORULUI DE DROGURI 131

CONSUMUL DE DROGURI ÎNTRE UZ ŞI ABUZ. ASPECTUL MORAL AL UZULUI RECOMANDAT ŞI AL TOXICOMANIEI 132

SCURT ISTORIC AL EVOLUȚIEI CONSUMULUI DE DROGURI 132

MODELUL MEDICAL DE BOLNAV PSIHO-SOMATIC AL TOXICOMANULUI 135

CĂI ŞI MODURI DE ADMISTRARE. DOZA UNICĂ ŞI NIVELELE CONSUMULUI DE DROG. 137
DEPENDENȚA 139
TOLERANȚA 141
STATUS-UL DE "OVERDOSE". INTOXICAȚIA ACUTĂ 143
SINDROMUL DE SEVRAJ 146
CURA DE DEZOBIŞNUIRE 148
CLASIFICAREA DROGURILOR 151
ELEMENTE DE FARMACOCINETICĂ GENERALĂ PENTRU SUBSTANȚELE TIP DROG ÎN ORGANISMELE BIOLOGICE 159

ETAPELE FARMACODINAMICE ALE DROGURILOR 168

RECEPTORUL MEMBRANAR CELULAR - ELEMENTUL BIOLOGIC ACTIV OBLIGATORIU PRIN CARE ACȚIONEAZĂ DROGUL 171
EFECTUL ABUZULUI DE DROGURI ASUPRA PERMEABILITĂȚII NEURONALE 176
BIBLIOGRAFIE 191

EXPERIENȚA ŞTIINȚIFICĂ PROPRIE A AUTORILOR 197

ELEMENTE DE PRACTICA PSIHIATRICA ÎN DEPENDENȚA DE DROGURI 247

INTRODUCERE ÎN ELEMENTE DE PRACTICĂ PSIHIATRICĂ ASUPRA DEPENDENȚEI DE DROGURI 248

PRINCIPIILE UNUI TRATAMENT EFICIENT 251

CARE ESTE LOCUL DEZINTOXICARII IN STRATEGIILE DE INGRIJIRE PENTRU TOXICOMANII LA OPIACEE? 253

CUM SE PREGĂTEŞTE ŞI CUM SE ORGANIZEAZĂ DEZINTOXICAREA? 255

PROIECTUL TERAPEUTIC 261

EVALUAREA ŞI MANAGEMENTUL DE CAZ – ELEMENTE CHEIE ÎN TRATAMENUL TOXICOMANIILOR. 267

EUROPASI – O ADAPTARE ROMÂNEASCĂ A CHESTIONARULUI DE EVALUARE A INDICELUI SEVERITĂȚII ADICȚIEI. 267

ROLUL ŞI LOCUL SUBSTANȚELOR PSIHOACTIVE PE AXA SPAȚIO-TEMPORALĂ. 267

MODELE EXPLICATIVE ŞTIINŢIFICE ALE TOXICOMANIEI. 269
SINDROMUL DE DEPENDENŢĂ. 271
Motivaţia pentru schimbare şi modelul transteoretic al schimbării – Prochaska şi Di Clemente *273*
EVALUAREA ŞI MANAGEMENTUL DE CAZ. 276
INTERVIURI ULTERIOARE (FOLLOW-UP) *280*
SCALA DE AUTOAPRECIERE A CLIENTULUI *280*
ESTIMĂRILE *281*
CLARIFICAREA *281*
SCORURILE DE SEVERITATE *281*
PROCEDURILE DE EXTRAGERE A SCORURILOR DE SEVERITATE *283*
SCORURI DE VALIDARE *284*
SITUAŢII DIFICILE SAU INADECVATE 284
INTERVIURILE ULTERIOARE (FOLLOW-UP) 285
INSTRUCŢIUNI SPECIFICE 285
Instructajul pentru EuropASI *307*
INSTRUCTIUNI DE UTILIZARE PENTRU „N" LA EUROPASI *309*

COMENTARII 327

CARE SUNT MODALITATILE ŞI CONDIŢIILE PRACTICE DE DEZINTOXICARE? 339

SINDROMUL DE SEVRAJ 339
SEMNE ŞI SIMPTOME ALE SEVRAJULUI LA OPIACEE 339
ÎN FUNCŢIE DE TRATAMENTUL MEDICAMENTOS OFERIT, DETOXIFIEREA SE POATE REALIZA DUPĂ MAI MULTE MODELE: 341
1. D. COLD-TURKEY: NU SE OFERĂ TRATAMENT MEDICAMENTOS. CONSILIERE, SUSŢINERE, EVENTUAL SUPORT RELIGIOS; 341
2. D. CU MEDICAŢIE SIMPTOMATICĂ. MAI ALES ÎN AMBULATORIU; 341
3. D. CU CLONIDINĂ /Ă - SIMPTOMATICE. MAI ACCEPTABIL PENTRU PACIENT. INTRASPITALICESC; 341
4. D. RAPIDĂ: CLONIDINĂ / NALTREXONĂ. 3-5 ZILE. STRICTĂ SUPRAVEGHERE; 341
5. D. ULTRARAPIDĂ: 24 DE ORE. ANTAGONIST I.V. (NALOXONĂ, NALORFINĂ). ANESTEZIE GENERALĂ. SECŢIE ATI; 341
6. D. CU SUBSTITUT (METADONĂ) 341
- de scurtă durată (30 zile, spital) *341*
- de lungă durată (180 zile, ambulator) *341*
DEZINTOXICAREA CU TRATAMENT SUBSTITUTIV 346
Metadonă – interacţiuni medicamentoase 348
METABOLISMUL METADONEI 349
Medicamente care pot modifica metabolismul metadonei 351

CE INGRIJIRI URMEAZA DUPA DEZINTOXICARE? 360

FRECVENŢA RECĂDERILOR 360
COMORBIDITATE SOMATICĂ ŞI PSIHIATRICĂ 361
MODALITĂŢI DE ÎNGRIJIRE PE TERMEN LUNG 362

ANEXE 364

DEFINIŢIA TOXICOMANIEI 364
ÎNTÂLNIRE ÎNTRE O ANUMITĂ SUBSTANŢĂ PSIHIC ACTIVĂ, CU ANUMITE PARTICULARITĂŢI FIZICO-CHIMICE ŞI MOD SPECIFIC DE ACŢIUNE ŞI O PERSOANĂ, CU O ANUMITĂ ZESTRE GENETICĂ ŞI TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE, CE ARE LOC ÎNTR-UN CONTEXT ANUME, SOCIO-CULTURAL. 364
- MODELUL CULPABILIZANT 364
- MODELUL VICTIMIZANT 364
- MODELUL MEDICAL 364
- MODELUL AUTOCONTROLULUI 364
- MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL 364

Modelul culpabilizant (moralizator) *364*
Modelul victimizant *364*
- RESPONSABILITATEA APARŢINE ÎN EXCLUSIVITATE SOCIETĂŢII ŞI/SAU FAMILIEI, PRIN: 364

- EDUCAȚIE GREȘITĂ 364
- LIPSĂ DE INFORMARE 364
- EPOCA DE TRANZIȚIE CU PROBLEME SPECIFICE 364
- LIPSURI FINANCIARE 365
- DISCREPANȚE FIANCIARE 365
- LIPSA MODELELOR DE URMAT 365
- INVERSIUNEA VALORILOR 365
- LIPSA DE OCUPAȚIE / TIMP LIBER 365

Modelul medical *365*
Modelul autocontrolului *365*
Model bio-psiho-social *366*

EVALUARE COMPLEXĂ DIN PUNCT DE VEDERE BIO-PSIHO-SOCIAL 366
- EVALUARE MEDICALĂ 366
- ISTORICUL CONSUMULUI 366
- SITUAȚIA SOCIALĂ 366
- SITUAȚIA LEGALĂ 366
- EXAMEN PSIHIATRIC 366
- EVALUAREA MOTIVAȚIEI PENTRU SCHIMBARE 366

- **EVALUARE MEDICALĂ (ANAMNEZĂ, EXAMEN CLINIC, PROBE PARACLINICE) 366**

- AFECȚIUNI ACUTE 366
- CONSECINȚE ALE CONSUMULUI DE DROGURI, MAI ALES PE CALE I.V. (HEPATITA B, C; HIV/SIDA; SIFILIS; TBC; FLEBITE, TROMBOFLEBITE) 366
- COMPORTAMENT DE RISC / INFORMARE 366
- EXAMEN STOMATOLOGIC (OBLIGATORIU); 366
- AMENOREE – TEST DE SARCINĂ 366

- **ISTORICUL CONSUMULUI 366**

DROG PRINCIPAL 367
- DE CÂT TIMP CONSUMĂ 367
- DOZA MEDIE/ZI ÎN ULTIMELE 30 DE ZILE 367
- ULTIMA DOZĂ 367
- CALE DE ADMINISTRARE 367
- SUPRADOZE 367
- PERIOADE DE ABSTINENȚĂ 367
- TRATAMENTE ANTERIOARE 367
- TEST DE LABORATOR PENTRU EVIDENȚIEREA METABOLIȚILOR ÎN URINĂ 367

DROGURI ASOCIATE 367
(POLIDEPENDENȚĂ) 367
- ALTE DROGURI 367
- ALCOOL 367
- MEDICAMENTE 367
- TUTUN 367

- **SITUAȚIA SOCIALĂ 367**

- FAMILIALĂ 367
- ȘCOLARĂ 367
- PROFESIONALĂ 367
- FINANCIARĂ 367
- DOMICILIU 367
- GRUP DE PRIETENI 367
- PETRECEREA TIMPULUI LIBER 367

- **SITUAȚIA LEGALĂ 367**

- ACTE 367
- CONFLICTE CU POLIȚIA/JUSTIȚIA 367

- **EXAMEN PSIHIATRIC (DIAGNOSTIC DUAL)** **367**
  - AFECȚIUNI PSIHIATRICE MAJORE 367
  - TRĂSĂTURI/TULBURĂRI DE PERSONALITATE 367
- **EVALUAREA MOTIVAȚIEI PENTRU SCHIMBARE** **368**
  - ASI / EUROP-ASI 368

ÎN FUNCȚIE DE TRATAMENTUL OFERIT: 370
CHIMIOTERAPIA 371
Clonidina *371*
Metadona *371*
LAAM *372*
Buprenorfina *372*
Naltrexona *373*
CENTRE DE DEZINTOXICARE PENTRU CONSUMATORII DE DROGURI 374

MODEL DE LUCRU FIC **375**

Bibliografie: *384*

CONTEXT SOCIO-ECONOMIC SI CULTURAL AL APARITIEI FENOMENULUI SI CONSUMULUI ILLICIT DE DROGURI IN ROMANIA **389**

TEORII ŞI MODELE EXPLICATIVE ALE CONSUMULUI DE DROGURI **393**

1. TEORII ŞI MODELE PARȚIALE SAU BAZATE PE PUȚINE COMPONENTE 393
2. TEORII ŞI MODELE EVOLUTIVE SAU BAZATE PE STADII 395
3. TEORII INTEGRATIVE SI COMPREHENSIVE 399

DESPRE TRATAMENTUL DEPENDENȚEI LA OPIACEE. POATE FI EL SIMPLU, DE SCURTĂ DURATĂ ŞI BINE CODIFICAT ? **406**

CARE SUNT OBIECTIVELE TRATAMENTULUI PE TERMEN LUNG 407
CARE SUNT MODELELE DE TRATAMENT ? 408
CARE SUNT CONSECINȚELE ASUPRA VIITORULUI TOXICODEPENDENTULUI? 408

LOCUL ŞI ROLUL POSTCUREI ÎN PROGRAMUL DROG ZERO **410**

DEFINITIA ŞI IMPORTANȚA POSTCUREI 410
4.2. SITUAȚIA TOXICO-DEPENDENTULUI DUPĂ DEZINTOXICARE 410
Dependența psihică *410*
Situația familială şi relațiile de suport *414*
Situaţia şcolară şi/sau profesională *417*
OBIECTIVE ŞI PRINCIPII TERAPEUTICE 419
SISTEME DE TRATAMENT 422
Tratament ambulatoriu *423*
MENȚINEREA TOXICODEPENDENȚILOR ÎN TRATAMENT - O PROBLEMĂ DIFICILĂ 426

POST-CURA DE TIP AMBULATORIU **427**

CRITERII DE SELECȚIE – PROGRAM DROG ZERO 427
- NIVELUL MOTIVAȚIONAL 427
- VÂRSTA 427
- ISTORICUL CONSUMULUI 428
- ISTORICUL BOLILOR SOMATICE ŞI PSIHICE ASOCIATE 428
- SUPORT FAMILIAL 428
- INSERȚIE SOCIALĂ 428
- INTERPRETAREA EUROP-ASI 429

EVALUAREA ÎN CADRUL PROGRAMULUI DROG ZERO 429
ECHIPA TERAPEUTICĂ 432

ROLURILE MEMBRILOR ECHIPEI TERAPEUTICE **433**

ABILITĂŢI NECESARE **435**
CONTRACT *TERAPEUTIC* 435
COMUNITATEA TERAPEUTICĂ **437**
DEFINIREA ŞI LOCUL COMUNITĂŢII ÎN LANŢUL TERAPEUTIC 437
ISTORICUL COMUNITĂŢILOR TERAPEUTICE 438
STRUCTURA UNEI COMUNITĂŢI TERAPEUTICE 439
ORGANIZAREA ŞI PROGRAMUL COMUNITĂŢII TERAPEUTICE 439
Fazele tratamentului *445*
Criterii de eligibilitate *447*
EFICIENŢĂ 448
PREVENIREA ŞI GESTIONAREA RECĂDERILOR **450**
PLANUL TERAPEUTIC 450
PREVENIREA RECĂDERILOR – TRAINING 455
PREGĂTIREA PENTRU CĂLĂTORIE 456
TEORIA COGNITIV COMPORTAMENTALĂ 463
IMPORTANŢA STILULUI DE VIAŢĂ ÎN PREVENIREA RECĂDERILOR 473
ALTE TIPURI DE TERAPII **475**
MODELUL MATRIX 475
PSIHOTERAPIA SUPORTIV EXPRESIVA 476
12 PAŞI NARCOTICI ANONIMI 476
PSIHODRAMA 479
INTERVENŢIA ÎN FAMILIE **482**
MĂSURI DE REABILITARE SI REINSERŢIE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA **506**
1. DIRECŢIILE DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ (JUDEŢENE ŞI MUNICIPALE) PRIN DIRECŢIILE DE PROTECŢIE A DREPTURILOR COPILULUI **510**
SCHEMA : PREMIZELE CREARII RETELEI DE REINTEGRARE SOCIALA A PERSOANELOR DEPENDENTE DE DROGURI –INSTITUTII CHEIE IN ROMANIA **511**
BIBLIOGRAFIE 520
22) DAILY JOHN: „NEW DIRECTIONS COUNSELING ASSOCIATES - COUNSELING MODEL” **520**
50) MITROFAN IOLANDA: „CURSA CU OBSTACOLE A DEZVOLTĂRII UMANE”, EDITURA POLIROM, IAŞI, 2003 ..... **521**
SĂNĂTATEA PUBLICĂ, NOCIVITATEA STUPEFIANTELOR ASUPRA SĂNĂTĂŢII. IMPLICAŢII PENTRU POLITICI ŞI INTERVENŢII **525**
CADRUL LEGAL ŞI URMĂRIREA ÎN JUSTIŢIE 526
SECŢIUNEA 1 – SĂNĂTATEA PUBLICĂ – ASPECTE GENERALE 530
SECŢIUNEA 2. – DREPTUL LA OCROTIREA SĂNĂTĂŢII 530
SECŢIUNEA 3 – DROGURILE ŞI IMPLICAŢIILE NEGATIVE ASUPRA SĂNĂTĂŢII PUBLICE (ASPECTE GENERALE) 531
SECŢIUNEA. 4 - SCURT ISTORIC ŞI PREZENTAREA PRINCIPALELOR EFECTE NOCIVE ALE STUPEFIANTELOR 533
SECŢIUNEA 5 – CONCEPTE ÎN PROBLEMATICA DROGURILOR 539
SECŢIUNEA 6 – LUPTA IMPOTRIVA TRAFICULUI ILICIT DE DROGURI - CONVENŢII INTERNAŢIONALE ÎN MATERIE 541
SECŢIUNEA 7 – DREPT COMPARAT – LEGISLAŢIA ÎN MATERIE DE DROGURI, ÎN 15 STATE, MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE. 545
SECŢIUNEA 8 – REGLEMENTĂRI ANTERIOARE. LEGISLAŢIE ROMÂNEASCĂ. 551
SECŢIUNEA 9 – LEGISLAŢIA ACTUALĂ ÎN MATERIA STUPEFIANTELOR. 554
TRAFICUL DE STUPEFIANTE CA INFRACŢIUNE ÎN LEGISLAŢIA ROMÂNĂ **557**

SECȚIUNEA 1 – LEGISLAȚIA ACTUALĂ ÎN MATERIA STUPEFIANTELOR. 557
SECȚIUNEA 2 – LEGEA NR.143/2000 PRIVIND COMBATEREA TRAFICULUI SI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI. 559
Explicarea unor termeni, expresii si concepte *559*
Substanțe aflate sub control national *559*

STUPEFIANT **560**

Substanta psihotropa *560*
Droguri de mare risc *561*
Droguri de risc *561*
Precursorii *561*
Inhalanti chimici toxici *562*
Consum ilicit de droguri *562*
Toxicoman *562*
Cura de dezintoxicare si supravegherea medicala *562*
Livrarea supravegheata *563*
Investigatori acoperiti *563*
Sindromul de sevraj *564*
Metaboliți *564*
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.2 DIN LEGEA NR.143/2000 564
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.3 DIN LEGEA NR.143/2000 571
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.4 DIN LEGEA NR.143/2000 573
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.5 DIN LEGEA NR.143/2000 576
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.6 DIN LEGEA NR.143/2000 578
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.7 DIN LEGEA NR.143/2000 581
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.8 DIN LEGEA NR.143/2000 583
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.9 DIN LEGEA NR.143/2000 585
INFRACTIUNEA PREVAZUTA DE ART.11 DIN LEGEA NR.143/2000 587
FORME AGRAVATE ALE TRAFICULUI SI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI PREVAZUTE DE ART.12 DIN LEGEA NR.143/2000 589
INFRACȚIUNEA DE CONTRABANDĂ (LEGEA NR. 141/1997) 593

ALTE DIMENSIUNI **596**

SECȚIUNEA 1 – ASPECTE PROCESUAL-PENALE 596
1) METODE DE MASCARE A MIROSURILOR SPECIFICE UNOR DROGURI 621
2) METODE DE ANIHILARE A DIFERITELOR DISPOZITIVE FOLOSITE PENTRU DEPISTAREA DROGURILOR 622
ELEMENTE METODOLOGICE APLICATE ÎN INVESTIGAREA TRAFICULUI DE STUPEFIANTE 622
Modalități de depistare a traficanților *622*
METODOLOGIA INVESTIGĂRII PROPRIU-ZISE A TRAFICULUI DE STUPEFIANTE 624
I. Realizarea flagrantului în materia art. 312 Cod Penal *624*
Realizarea efectivă a prinderii în flagrant *625*
Efectuarea urmăririi penale propriu-zise *626*
Examinarea înscrisurilor *627*
Dispunerea de constatări tehnico-științifice și expertize *627*
Ascultarea (audierea) persoanelor implicate în traficul de droguri. *628*

LEGEA NR.143/26/06/2000 ..... **633**

REGULAMENT DIN 28/07/2005 PUBLICAT IN MONITORUL OFICIAL, PARTEA I NR. 749 DIN 17/08/2005 DE APLICARE A DISPOZIȚIILOR LEGII NR. 143/2000 PRIVIND PREVENIREA ȘI COMBATEREA TRAFICULUI ȘI CONSUMULUI ILICIT DE DROGURI, CU MODIFICĂRILE ȘI COMPLETĂRILE ULTERIOARE **635**

PLANUL DE ACȚIUNE PENTRU IMPLEMENTAREA STRATEGIEI NAȚIONALE ANTIDROG 2005– 2008 ..... **682**

TENDINȚELE TRAFICULUI DE DROGURI ÎN ȚĂRILE AFLATE ÎN TRANZIȚIE **741**

Stimulenții sintetici și alte substanțe psihotrope *743*

TENDINȚE ACTUALE ALE CONSUMULUI ŞI ABUZULUI DE DROGURI ÎN ȚĂRILE AFLATE ÎN TRANZIȚIE 743
Punctele vulnerabile de ordin structural exploatate de crima organizată *743*
ÎN LOC DE ÎNCHEIERE 747
ZONE DE INTERVENȚIE 749
Prevenția primară *749*
Perioada copilăriei şi familia 750
Programe şcolare 750
Seminarii pentru părinți: 751
Colaboratori 751
Programe extraşcolare pentru tineret 752
Programe comunitare 753
Telefoane de tip help-line 754
Campanii Mass media 754
Reducerea efectelor dăunătoare ale drogurilor *755*
Activităţi de stradă (prevenire, chestionare, etc) 755
Alte servicii (Low threshold services) 755
Prevenirea bolilor infecţioase 755
GLOSAR 767
BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ 769
General works. *769*
Psychotropic drugs. *769*
BIBLIOGRAFIE 772

ARGUMENT

Lucrarea de faţă reprezintă o abordare diferită a problematicii drogurilor în general şi a toxicomaniei în special.

Autorii, experţi în medicină şi biochimie, un specialist în psihologie socială şi un avocat şi-au conjugat eforturile pentru a analiza ştiinţific această problematică. Astfel, considerăm că lucrarea prezintă elemente de noutate şi de interes ştiinţific. Ea se legitimează prin analizarea efectelor provocate de farmacodependenţă din punct de vedere medical, psihosocial. Ultima secţiune abordează încadrarea juridică a problematicii generate de consumul de droguri.

Prin această abordare se atinge teza delicată a dualităţii toxicomanului, dualitate reprezentată prin două spectre sub care este văzut acesta:

- subiect aflat într-o stare maladivă, poate premorbidă, ce trebuie sprijinit în vederea restabilirii homeostaziei şi,
- subiect al infracţiunilor prevăzute de legea penală specială.

Prezenta disertaţie asigură prin specificitatea abordării o concepţie unitară asupra drogurilor şi toxicomanilor întrucât există o legătură indivizibilă între toxicoman ca subiect al infracţiunii şi, toxicoman ca persoană suferindă.

Raţiuni de ordin etic, ne obligă de a cunoaşte resorturile intime de ordin psihologic care împing o persoană spre consumul şi abuzul de droguri, iar apoi, după instalarea dependenţei, toate acţiunile sau inacţiunile toxicomanului converg paradoxal înspre ruina totală, chiar. Lucrarea nu tratatează însă doar problemele denatură medicală, şi psihosocială a toxicomanului ci, se prelungeşte ca o continuare firească, cu comentarii de ordin juridic. Cititorii vor descoperi şi în secţiunea juridică, un istoric interesant asupra drogurilor şi efectelor acestora din punct de vedere medico-legal. De asemenea sunt explicate într-o manieră corespunzătoare conceptele uzitate, sunt atinse şi problemele de tactică şi tehnică criminalistică uzitate în prezent de organele cu atribuţii în eradicarea fenomenului. Ca o ultimă secţiune sunt prezentate unele din cele mai active ONGuri în combaterea flagelului de consum de droguri. Desigur există o bibliografie selectivă dar, stimaţi cititori, vă propunem o secţiune de titluri cu relevanţă în domeniu.

Prin aceasta, ne propunem ca lucrarea să devină un ghid pentru ONG-urile care desfăşoară programe de eradicare a flagelului, de reinserţie a persoanelor cu dificultăţi şi care au consumat droguri. De asemenea, acest manual se dovedeşte util studenţilor la sociologie-asistenţă socială, psihologie, drept, medicină şi nu în ultimul rând instituţiilor statutului cu responsabilităţi în controlul şi eradicarea acestei problematici.

Sperăm ca în această lucrare specialiştii din varii domenii să găsească inspiraţia pentru eradicarea acestui flagel.

AUTORII

CUVÂNT ÎNAINTE

Tentaţia de a ajunge la stari de euforie îşi are radacina in timpuri de mult apuse, chiar pe vremea dacilor si a romanilor se fumau anumite ierburi cu efecte afrodisiace si halucinogene (cânepa indiana).

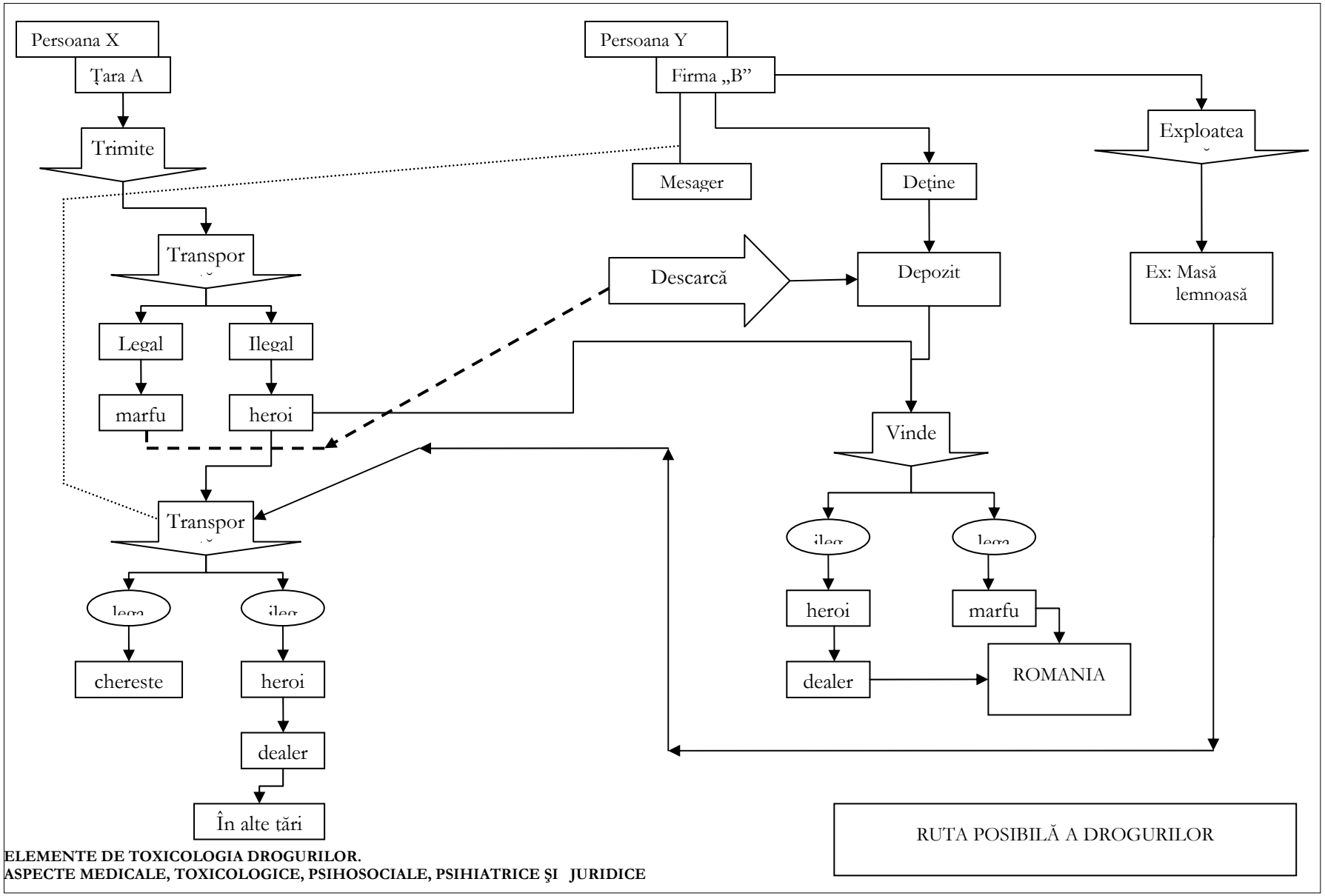
Drogurile sunt substante artificiale create de oamenii de stiinta in anumite situatii limita. Cauzele au fost de regula razboaiele. Efectele drogurilor erau "benefice" pentru armatele diverselor popoare care trebuiau sa reziste in regim de razboi, de multe ori fara hrana si fara apa. Asa au luat nastere substantele excitante - droguri in forma primara. Tot razboaiele au dus la dezastre umane. Astfel, in secolul al XVII-lea s-a descoperit morfina, un medicament care calma durerile provocate de rani. Cu timpul s-a realizat ca morfina administrata in mod repetat duce foarte repede la dependenta fizica si psihica. S-a cautat un inlocuitor si prin derivarea morfinei cu opium-ul s-a descoperit heroina, care intial se credea ca nu da dependenta asa de mare ca morfina. In realitate, dependenta de heroina este de sapte ori mai mare decat cea de morfina.

Dupa primul razboi mondial, aceste substante au inceput sa fie consumate in toata lumea. Pana la sfarsitul anilor '30, ele erau legale. Comercializarea lor, in timp, a dus la profituri enorme scoase in afara legii, drogurile au devenit o sursa inestimabila pentru piata neagra. Flagelul comertului ilicit de stupefiante pornit din America de Sud si Orientul Mijlociu a cuprins intreaga planeta.

Romania, prin asezarea sa geografica este tara de tranzit dinspre Orientul Mijlociu catre Europa de Vest. Ca orice tara de tranzit, in timp, a devenit si consumatoare. Fenomenul a luat amploare dupa dupa '89. In perioada '90-'96, cuiburile traficantilor si consumatorilor de droguri erau caminele studentesti. Apoi, vanzatorii de iluzii au dus standardul mortii albe si prin baruri, discoteci, case de tigani si chiar la colt de strada.(a se vedea schema alăturată privind traficul de stupefiante). Traficul de stupefiante a devenit cea mai rentabila afacere din Romania, castigandu-se astfel sume fabuloase.

Impactul a fost foarte mare in randul tinerilor care din curiozitate, teribilism sau solidaritate fata de anturaj, au început sa consume.

Fenomenul toxicomaniei ia amploare pe zi ce trece. Desi dependentii de droguri sunt considerati niste delicventi, ei sunt in realitate oameni bolnavi, ajunsi in stare de iresponsabilitate pentru faptele lor. Suferinzi, dispretuiti si marginalizati, se topesc incet, dar sigur. Se sting neintelesi de nimeni, sufletele lor zdrobite de durere, se zbat intre minciuna si adevar, intre zi si noapte. Pe ei nu-i poate ajuta nimeni. Nimeni in afara de Dumnezeu.


Persoana X
Ţara A
Trimite
Persoana Y
Firma „B”
Mesager
Deţine
Exploatea
Transpor
Descarcă
Depozit
Ex: Masă lemnoasă
Legal
Ilegal
marfu
heroi
Vinde
Transpor
chereste
heroi
dealer
În alte tări
heroi
marfu
dealer
ROMANIA
RUTA POSIBILĂ A DROGURILOR

De ce se drogheaza tinerii?

Motivele pentru care un tânăr ajunge să se drogheze, sunt nenumărate. Unii se droghează din curiozitate, alţii din mândrie, alţii din deznădejde, sau din dorinţa de a experimenta ceva nou. Îngrijorator este faptul că, indiferent pe ce cale, o data ajunşi la consumul de droguri, drum de întoarcere nu prea există. Chiar medicii care lucrează in centrele de toxicologie recunosc faptul că: "noi îi salvăm pe moment, dar ajunşi în libertate, marea majoritate o iau de la capăt. Implicarea bisericii in aceste situaţii ne-ar fi de un real folos...".

Categoria celor care ajung să folosească drogurile din deznădejde, este destul de numeroasă. Nemulţumiţi de ceea ce le oferă lumea aceasta, vor să evadeze. Şi atunci aleg această cale extremă găsind în ea un refugiu. Un refugiu cu final sinistru. Un cerc vicios din care nu mai pot ieşi uşor, sau nu mai pot ieşi niciodată.

Cei care devin consumatori de droguri din dorinţa de a experimenta ceva nou, sunt de regulă "copiii de bani-gata". Tentaţia este mare mai ales atunci când situaţia materială este foarte bună. Iată un extras dintr-un ziar dar să avem grijă, cotidienele abundă de date şi informaţii privind acest flagel.

« 20% din tinerii bucuresteni se drogheaza »

TIMPOLIS - ÎN SLUJBA LEGII, 13/15 IAN 2003

Numarul liceenilor bucuresteni care consuma droguri s-a dublat, în ultimii cinci ani. Daca sunt luati în calcul si potentialii consumatori, ponderea tinerilor narcomani cuprinsi în sistemul de învatamânt liceal a crescut de patru ori, releva un studiu realizat de organizatia "Salvati Copiii" si Directia de Sanatate Publica a Capitalei (DGSPMB). Studiul efectuat anul trecut evidentiaza un consum declarat de droguri în rândul a 10,68% dintre elevii bucuresteni, la care se adauga si consumatorii potentiali, ajungându-se la aproape 20 de procente, fata de numai 4,5% în 1997. Tentatia consumului de droguri creste proportional cu vârsta, elevii fiind mult mai vulnerabili în clasele mari de liceu, desi autoritatile apreciaza ca vârsta la care tinerii încearca pentru prima data drogurile este în scadere, scolile generale devenind un punct de atractie pentru distribuitorii de "moarte alba". Din cei aproape 11% dintre consumatorii de stupefiante înregistrati în 2001, 6,9% sunt baieti, iar restul de 3,78 % sunt fete. Aproape 40 % dintre elevi spun ca au început sa consume droguri pentru a fi la fel cu prietenii lor, 29,25 % - din curiozitate, 26,92 % - din plictiseala, pentru ca partenerul este si el consumator sau pentru ca li s-a facut o farsa, 24,4% - pentru calmarea unor suferinte psihice sau fizice, 23,4% - ca forma de protest. Principalii furnizori si initiatorii în consumul de droguri au fost, în 74,2% din cazuri, prietenii sau cunostintele, de aceea - spun autorii studiului - este foarte importanta supravegherea anturajului si a locurilor frecventate de tineri. Peste 11% dintre tinerii narcomani si-au procurat drogurile din apropierea liceului, 7,52% - din baruri si discoteci, iar 7,13% - de pe terase. Potrivit studiului, este foarte important ca Politia sa supravegheze zonele în care se afla liceele. Tinerii îsi procura banii pentru droguri din propriile afaceri - 20,9% -, de la parinti - 15,7%, din diverse servicii prestate unor persoane - 5,9%. Tinerii au declarat ca au consumat, în general, mai multe tipuri de droguri: peste 85% au consumat cannabis, 80% heroina, 59,09 % cocaina, 42,65 % ecstasy, 18,53 % ketamina, 11,88 % diferite medicamente, 10,11 % LSD, 5,24 % metadona, 4,54 % solventi, un procent steroizi si tot unu la suta ciuperci halucinogene. Tinerii de 15-16 ani cred ca o singura doza de drog nu este periculoasa si ca nici consumul împreuna cu prietenii apropiati nu este daunator. Aproape 50 % dintre liceeni nu constientizeaza faptul ca uneori asociaza drogul consumat cu o alta substanta stupefianta sau cu alti factori de risc, precum alcoolul sau tutunul. Cei mai multi elevi consumatori de droguri provin din liceele industriale (43,50 %), urmati de cei din liceele teoretice (28,79 %), vocationale (14,50 %), economice (4,34 %), cu profil religios (1,3 %), iar 6,36 % dintre ei nu au raspuns. Din studiu reiese ca unele considerente morale sau religioase scad foarte mult consumul de droguri. Studiul a fost realizat pe un esantion reprezentativ de 9700 de elevi din 99 de licee bucurestene, acesta fiind cel mai amplu studiu efectuat în România pâna în prezent

O cifră neoficiala, care circulă prin culisele centrelor de toxicologie, spune că ar fi în jur de 40 mii de toxicomani declaraţi numai in Bucureşti. Cifra este înspăimântătoare şi ar trebui să ne dea de gândit. Numai la Spitalul nr. 9, Secţia Psihiatrie-Toxicologie se fac peste 1.000 de internări pe an. Îngrijorator este faptul că sunt familii pentru care drogul a devenit "specialitatea casei".

Mie nu mi se poate intampla, asta spune oricine înainte de a ceda tentatiei primului fum, chiar si dupa, asa a spus fiecare dependent inainte de a ceda stupidei tentatii, iar regretele ulterioare sunt tardive.

Toate drogurile produc **DEPENDENTA**!

Unii consumatori începatori se amagesc cu ideea ca doar anumite droguri produc dependenta, o idee complet falsa avand in vedere ca dependenta psihologica este unul dintre cele mai importante aspecte ale dependentei de droguri, desigur nu este de neglijat nici dependenta fizica care produce efecte imposibil de redat pe hartie.

INTRODUCERE

SITUAŢIA PE PLAN NAŢIONAL ŞI INTERNAŢIONAL

Dincolo de orizontul creat de evenimentele curente se configurează unele profile posibile, amândouă întunecate, niciunul democratic.

Unul ar fi retribalizarea unei zone întinse a umanităţii, prin război şi sângerare: ameninţarea prin libanizarea statelor naţionale în care o cultură este învrăjbită contra altei culturi, oameni contra altor oameni, triburi contra triburi – un Jihad în numele a sute de credinţe apropiate împotriva oricărei forme de independenţă, a oricătrei forme de cooperare socială artificială şi de mutualitate civică.

Pe acest fond geopolitic, întreaga lume este angajată într-o altă problemă extrem de serioasă, complicată şi persistentă: cea a **drogurilor**.

Încă din 1987, SUA alocase 3,5 mild. $ guvernului columbian pentru a purta un război pe toate liniile împotriva cartierului general al controlului internaţional de droguri.

Dacă până în 1995, se spunea că România este coridor de trecere pentru droguri, începând cu 1995, România devine consumator al tuturor substanţelor.

În România, mass-media raportează şi atenţionează asupra fenomenelor legate de consumul de droguri din care, accidente şi furturi auto, stop respirator, forme de violenţă, trafic de ţigări, pliculeţe şi pastile chiar în interiorul liceelor.

În Frankfurt/Main, Germania, se înregistrau zilnic 1.500 de drogaţi în parcul central al oraşului. Primăria a hotărât să amenajeze spaţii în incinta unor fabrici dezafectate pentru saloane destinate acelor drogaţi aflaţi în stadii terminale. Astfel, parcul central s-a eliberat.

Pe plan internaţional există nume consacrate în analiza acestui fenomen, un adevărat flagel: Bennett G., Blum R.H., Jalali, Jesson R., Kandel D., Tucker M.B. şi lista ar putea continua. Consumatorii de drog "acţionează" în discoteci, cimitire, scara blocurilor, boscheţi, subsoluri şi, în ultimul timp chiar în tramvaie.

Iată ce scrie unul din pacienţi:

> „Alei prost luminate, maşinile părăsite (case pentru oamenii străzii), mirosul de pişat uscat în gangurile mâzgălite, canale destupate, curve la colţ de bloc, aurolaci pe băncile părculeţelor devastate, blocuri în paragină cu scări prin care bate curentul trântind uşile permanent şi lifturi stricate, ţipetele şi muzica de stradă ce se aude cu ecou între blocuri, alcătuiesc un peisaj macabru. Alcătuiesc – MAHALAUA, care geme într-un limbaj codat pe care omul de rând nu-l înţelege."

Tineri de 18-23 de ani ajung să consume droguri în valoare lunară de 25 milioane lei iar traficul în ţară arareori este împiedicat prin arestări. În Bucureşti, o clinică specializată a fost închisă.

În aceste condiţii, în România nu există adevărate clinici, cele existente oferind doar posibilitatea cazării şi supravegherii "clienţilor" la schimbul de seringi.

Suntem conştienţi că există servicii ultraspecializate în identificarea stupefiantelor, se lucrează la identificarea reţelelor de distribuţie dar în sensul eradicării mai sunt foarte multe de făcut.

Pe plan ştiinţific, psihologic şi medical, apar pentru consumatori o sumedenie de probleme, de la tulburări de comportament până la modificări profunde, psihoneuroendocrinologice. Să ne gândim numai ce ar însemna pentru o tânără de 20 de ani instaurarea sterilităţii secundare. Adeseori s-a înregistrat chiar **exitusul** subiecţilor.

Dacă pe plan internaţional se acţionează pe toate planurile pentru înţelegerea mecanismelor ce îi împing pe atâtea şi atâtea persoane să recurgă la drog cu riscul de a muri, în România se tolerează prin excelenţă acest flagel care deja are conotaţii politice, financiare. Sistemul de asigurări de sănătate se vede obligat să orienteze sume colosale pentru această nouă categorie de "defavorizaţi".

Ce îi motivează oare pe aceşti "**clienţi**"?

Să fie oare plăcerea exclusiv fizică? Dorinţa de a se afirma, sfidând societatea ale cărei legi sunt încălcate? Să fie şantajarea familiei, apropiaţilor? Imprudenţă, curiozitate, transformată într-o capcană fără ieşire?

OBIECTIVE

Toate întrebările din secţiunea anterioară ar putea foarte bine să constituie tot atîtea obiective de cercetare. În acest sens, specialişti în problematica abordată, au convenit la abordarea temei de cercetare, ce îşi fixează ca obiective primordiale, identificarea modelelor explicative (psihanalitice, biologice, psihosociologice) care au condus la apariţia comportamentului de consumator de drog, identificarea gradului de risc al subiecţilor, implicit amploarea fenomenului în contextul social-economic şi politic actual.

Desigur, evidenţierea factorilor de risc este un obiectiv implicit.

Ca obiective adiacente se va urmări influenţa partenerilor, amicilor şi colegilor, rolul şcolii, profilul de personalitate al subiecţilor.

Procesul de evaluare, identificarea trebuinţelor subiecţilor constituie parte integrantă din obiectivele fixate.

Din perspectivă ştiinţifică ne propunem:

- identificarea unui profil al climatului psihosocial,
- identificarea cauzelor generării anomiei, devianţei şi patologiei sociale,
- alcătuirea unui glosar de termeni referitori la conceptul de drog,
- alcătuirea unui inventar de organizaţii internaţionale şi naţionale care activează cu succes în eradicarea acestui flagel,
- realizarea unui catalog cu teste şi probe biochimice pe identificarea consumului de substanţă,
- identificarea profilului categoriei de consumatori de drog.

Se urmăreşte realizarea unor analize medicale şi de laborator clinic în vederea structurării unor kituri rapide de identificare a consumatorilor de heroină, kituri ce pot fi aplicate persoanelor reţinute la secţiile de Poliţie, în unităţile militare (la soldaţii aflaţi în stagiul militar).

PREZENTREA ŞTIINŢIFICĂ ŞI TEHNICĂ A LUCRARII

Prezenta lucrare exprimă încă de la început complexitatea unei abordări multi- şi interdisciplinare.

a) Lucrarea are un caracter de noutate deoarece fenomenul însăşi este relativ nou în România iar structurile pentru conferirea de servicii de specialitate sunt în fază embrionară. Dat fiind numărul mare de consumatori declaraţi înregistraţi în Bucureşti şi anume 24.000 de persoane

consumatoare la data de 01.06.2004, considerăm consumul de drog ca fiind o urgenţă socială, uneori chiar medicală, juridică. Mai mult, persoanele consumatoare se consideră îndreptăţite să solicite fonduri de la bugetul de asigurări de sănătate. Ca atare, bugetul Casei de asigurări va suferi modificări dacă se va impune o redirecţionare către centrele de dezintoxicare.

b) Echipa îşi propune ca cercetarea să debuteze cu explicarea fenomenelor psihosociale de masă, realizarea de anchete sociologice ample, în teritoriu, în punctele despre care avem deja informaţii certe că există consumatori. Încercăm astfel identificarea dimensiunii acestui segment de consumatori. După crearea acestui profil psihosociologic se va recurge la abordarea psihologică şi psihiatrică a lotului selecţionat, prin interviu structurat şi se va crea "terenul" pentru a permite administrarea de probe psihologice specifice. Prin abordarea "face-to-face" se doreşte identificarea persoanelor consumatoare şi colaborarea terapeutică, includerea acestora în etapele ulterioare ale programului. Contactul odată realizat şi fiind obţinută colaborarea, echipele noastre vor aborda subiecţii în mod specific, în colaborare cu medicii clinicilor specializate. Protocolul de abordare se va prelucra în conformitate cu normele în vigoare.

La finele fiecărei etape se vor evalua ipotezele în sensul validării/invalidării, corelării datelor caracteristice şi declanşării unei noi proceduri.

Odată realizată abordarea primară, programul îşi propune aprofundarea studiului în "**Centrele de terapie**", unde, ne vom focaliza pe categorii de pacienţi.

Se vor desprinde profile pe variabila dependenţă fizică şi cea psihică.

Relaţia pacient-specialist va deveni astfel o relaţie personalizată. Etica şi deontologia profesională vor caracteriza întreaga abordare.

c) Evidenţa va fi realizată prin soft specializat care va corela profilul psihologic, datele de laborator.

Subiecţii vor fi sub controlul echipelor mixte pe întreaga perioadă a programului iar dacă constatăm că apar noi cazuri vom coopta în program şi aceste persoane. La fel de bine, pe măsură ce subiecţii evoluează pozitiv şi exprimă dorinţa de retragere din program îi vom menţine în contact.

Aprecierea şi evaluarea psihologică şi medicală vor constitui elemente esenţiale pe tot programul.

Integrarea profesională a subiecţilor va fi un alt obiectiv. În aceste sens, prin acest proiect urmărim sensibilizarea opiniei publice asupra fenomenelor sociale, asupra stării educaţiei tinerilor cât şi reechilibrarea, detensionarea subiecţilor pentru reinserţie rapidă în viaţa socială.

JUSTIFICAREA PROIECTULUI

a) Ipoteze

În contextul mondial, România se află într-o perioadă de profunde transformări, pe toate planurile fiind agresată cu diferite "oferte". Una din direcţiile vizate este sănătatea publică, prin "**educarea**" populaţiei cu narcotice şi stupefiante. În acest moment, populaţia României nu este pregătită să lupte împotriva acestui flagel, ea căzând victimă acestei **agresiuni**. Este imperios necesară monitorizarea fenomenului din punct de vedere psihologic fiind vorba de însăşi rezistenţa genetică a poporului român.

Proiectul poate oferi date necesare altor organisme, agenţii guvernamentale în vederea acţiunii conjugate împotriva agresiunilor manifestate.

b) Riscuri

Cercetarea poate înregistra sincope prin lipsa fondurilor financiare solicitate dat fiind că substanţele necesare realizării probelor biochimice sunt extrem de scumpe. De asemenea, lipsa fondurilor poate bloca anchetele sociologice ce se vor desfăşura în teritoriu.

SCHEMA DE REALIZARE A LUCRĂRII

Proiectul de cercetare porneşte cu INVESTIGAŢII TERMINOLOGICE ŞI INFORMAŢIONALE PRELIMINARE ASUPRA PROBLEMATICII DROGURILOR.

1. **Culegerea, prelucrarea şi valorificarea datelor şi informaţiilor cu privire la consumul de droguri.**

Modul în care este organizată statistica[1] pe problematica drogurilor nu permite o analiză cu privire la fiecare faptă infracţională în parte afirmaţie justificată de argumentul complexităţii formelor de manifestare a infracţionalităţii din domeniul drogurilor.

2. Culegerea, prelucrarea şi valorificarea datelor şi informaţiilor cu privire la substanţe stupefiante şi psihotrope, inhalanţi chimici cu potenţial de dependenţă si plante care contin principii active (categorie generală – DROG).

Studiul descrierii unor droguri a relevat inconsecvenţa caracterizării, fapt ce demonstrează lipsa unei cercetări informaţionale adecvate caracterizării şi descrierii acestor categorii de substanţe. Însăşi termenul de drog nu are o definiţie unanim acceptată, fiecare autor dându-i o altă descriere.

3. **Culegerea, prelucrarea şi valorificarea datelor şi informaţiilor cu privire la toxodinamia (mecanismele de acţiune şi efectele toxice) şi semiologia specifică toxicomaniei cu heroină.**

Diversitatea formelor existente pe piaţa consumurilor de droguri generează prin simptomatica elementelor comune asemănări cu alte forme de manifestare a bolilor organice şi psihice sau intoxicaţilor asupra subiecţilor.

Acţiunea drogurilor are o implicaţie atât asupra individului ca entitate biopsihică şi asupra individului ca fiinţă socială. Din acest punct de vedere acţiunea drogurilor asupra mai multor indivizi are caracter de epidemie socială afectând sănătatea publică.

Corpul analizei se restrânge asupra climatului subiecţilor consumatori de droguri, asupra tehnicilor şi metodelor de abordare terapeutică în curs, în România, tendinţe şi prognoze.

Acest obiectiv general poate fi tradus prin obiective specifice şi anume:

- ⇨ Analiza climatului psihosocial din prisma fenomenelor sociale: curente de opinie, stări de spirit, zvonuri.
- ⇨ Identificarea modelelor explicative (psihanalitice, biologice, psihosociologice) care au condus la apariţia comportamentului de consumator de drog,
- ⇨ Identificarea gradului de risc al subiecţilor, implicit amploarea fenomenului.
- ⇨ Elaborarea unui raport amănunţit asupra climatului social existent, în sensul radiografierii amplorii problematicii, dimensiunii de deteriorare a capacităţilor de organizare ale indivizilor, a gradului de interacţiune.

[1] Statistic – 1. prezentare a unei situaţii prin cifre, date numerice, evidenţa referitoare la diferite fenomene; 2. activitate de culegere, prelucrare şi valorificare a datelor referitoare la anumite fenomene.

- ⇨ Elaborarea unor instrucţiuni/norme juridice de acţiune în relaţia cu consumatorii de drog,
- ⇨ Realizarea unui set de analize medicale şi de laborator clinic în vederea identificării unui potenţial marker,

Aceste obiective pot fi realizate prin:

- tehnici de abordare sociologică,
- administrare de probe psihologice
- analize medicale şi de laborator clinic
- analiza juridică a problematicii,
- analiza inter- şi multidisciplinară.

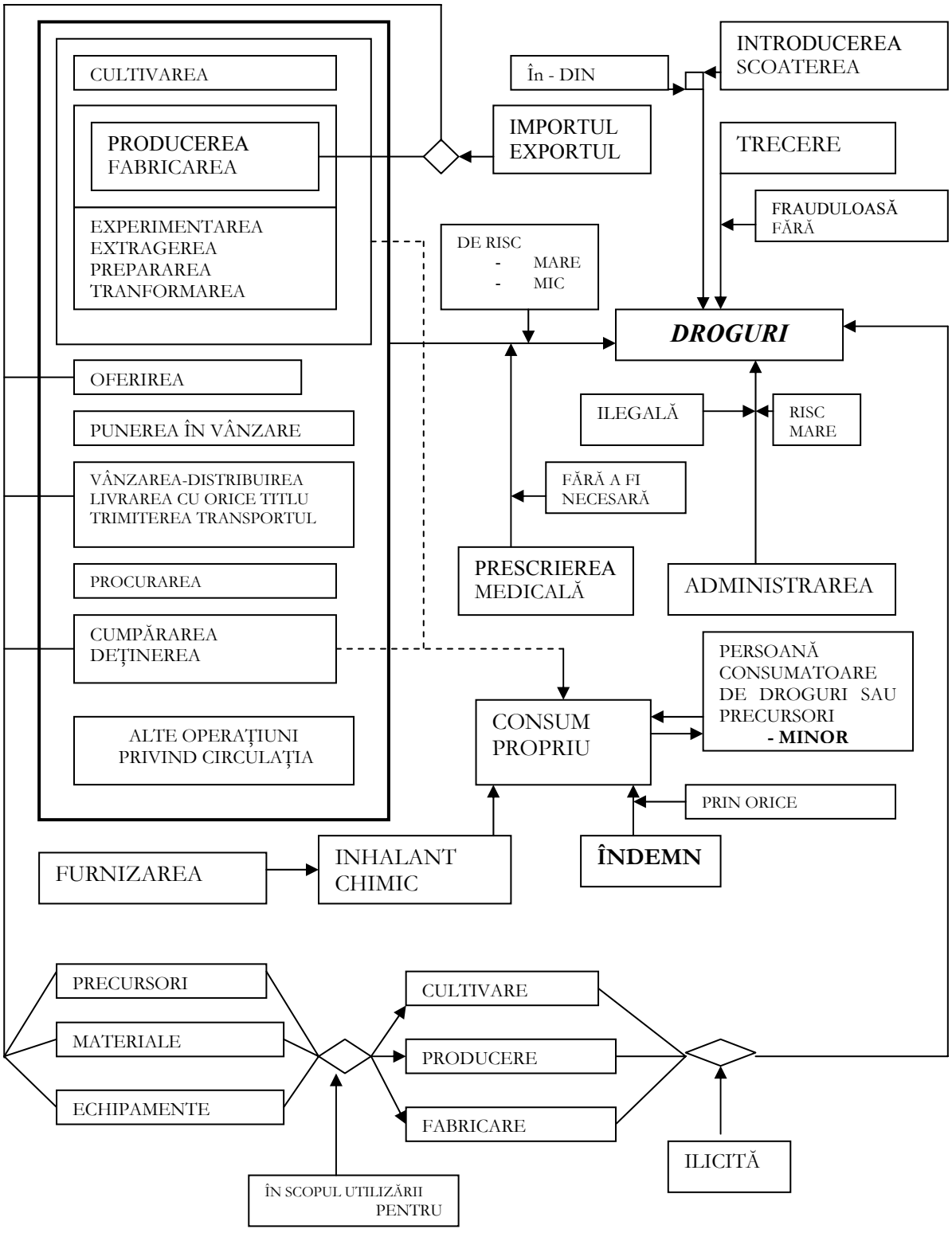


Fig.1. Schema cu săgeți relaționale și condiționale privind încadrarea juridică a faptelor ce se pot produce în problematica drogurilor.

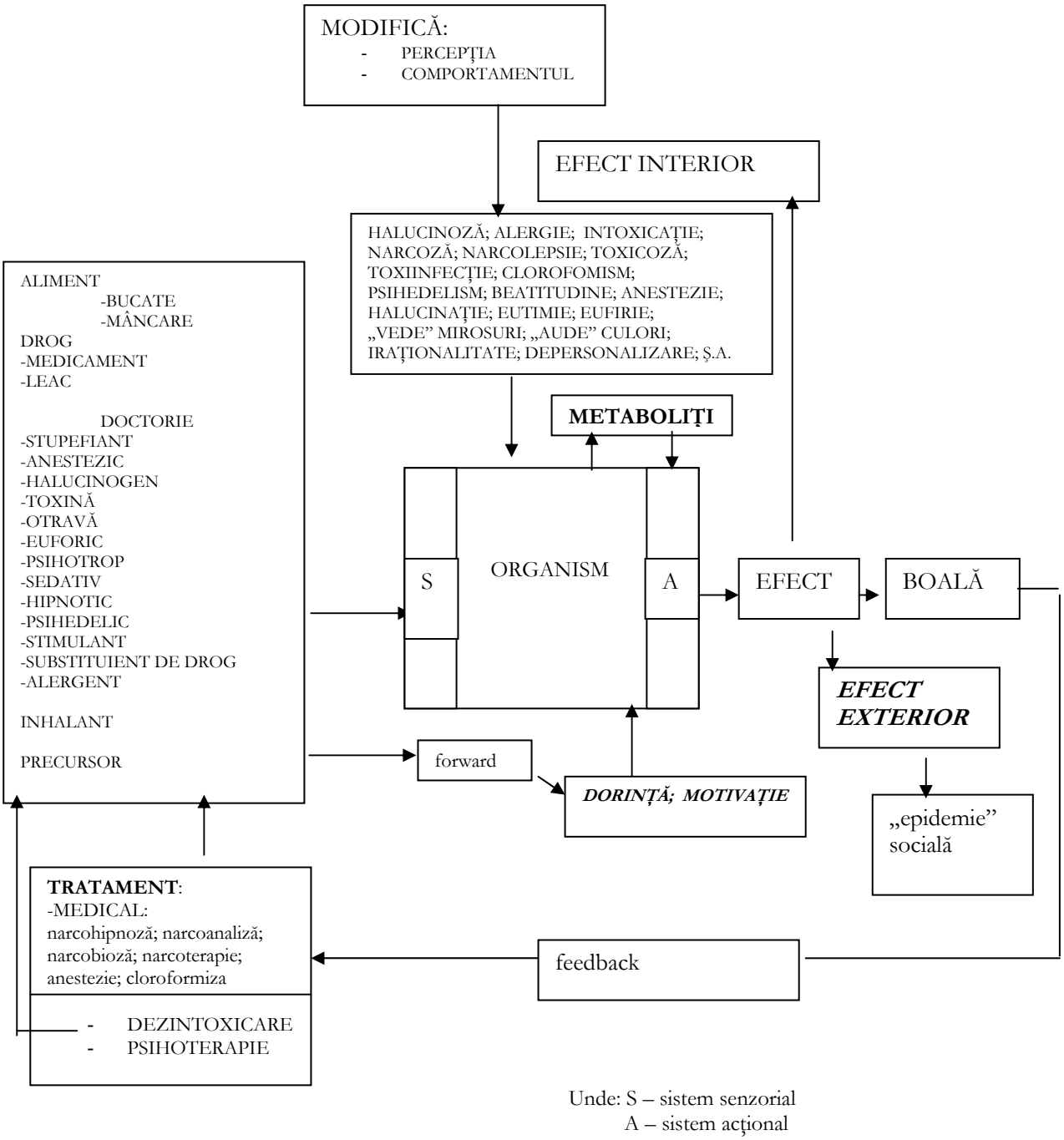


Fig.2 **Macromodel cibernetic teoretic de analiză a toxicologiei drogurilor**

4. Culegerea, prelucrarea şi valorificarea datelor şi informaţiilor cu privire la stadiul internaţional şi naţional privind preocuparea în domeniul toxicologiei drogurilor

Procesul de prelucrare sistematică şi permanentă a conţinutului informaţional al datelor şi informaţiilor, incluzând identificarea, achiziţia, înmagazinarea, regăsirea, difuzarea şi conservarea mijloacelor de comunicare (documentelor) în scopul extragerii, organizării şi difuzării conţinutului informaţional corespunzător unei cerinţe de informare se defineşte ca **proces de**

documentare. În mod firesc pentru a aborda un domeniu de cercetare trebuie să se realizeze o cercetare documentară complexă.

Cercetarea documentară complexă implică:

- elaborarea unui vocabular şi tezaur specializat (eventual explicativ);
- realizarea unei cercetări bibliografice şi documentare pentru fiecare termen al tezaurului;
- realizarea de traduceri din limbi cu circulaţie restrânsă;
- realizarea unor culegeri documentare pe principalele subdomenii;
- elaborarea de sinteze documentare;
- proiectarea unui sistem de informare şi documentare specializat;
- instruirea personalului în domeniul informării şi documentării.

Analiza bibliografiei citate indică o preocupare intensă a comunicării repartizată astfel:

⇒ 1970 3 citări
⇒ 1972 3 citări
⇒ 1977 3 citări
⇒ 1981 3 citări
⇒ 1983 4 citări
⇒ 1984 3 citări
⇒ 1985 3 citări
⇒ **1986** **7** citări
⇒ 1987 4 citări
⇒ 1991 3 citări
⇒ 1996 **7** citări
⇒ **1997** **9** citări
⇒ **1998** **6** citări
⇒ 1999 4 citări
⇒ 2001 4 citări
⇒ 2002 5 citări

Dacă prima citare se situează în anul 1935, următoarele apar în anul 1964, în intervalul anului 1973, în intervalul 1986, în intervalul 1997 şi intervalul 2002, putem să determinăm dinamica preocupării privind comunicarea de specialitate: cca.30 de ani; cca.10 ani; cca.10 ani; cca.10 ani şi cca.5 ani.

După cum se observă se constată o creştere accentuată a preocupării de studiu şi de comunicare asupra problematicii drogurilor.

În continuare, trecând de la această radiografiere a dezvoltării abuzului de substanţă şi a dependenţei. proiectul urmăreşte o suită de cinci factori majori: fizici, socioculturali, familie, psihocomportamentali şi spirituali.

La etapa de evaluare a factorilor fizici, se urmăreşte susceptibilitatea genetică, deprinderile deficitare de îngrijire a sănătăţii, durerea, suferinţa, elemente ce pot induce abuzul de drog. Deprinderile defectuoase, deficitare în ceea ce priveşte îngijirea contribuie la consumul şi abuzul de drog iar un predictor important asupra consumului curent de substanţă îl reprezintă consumul anterior de substanţă.

Evaluarea factorilor socioculturali includ normele culturale ce sprijină consumul de drog ca o activitate valoroasă.

Familiile, un alt reper, ca medii dezordonate, caracterizate de haos, pot recurge la droguri pentru a reduce posibilitatera modificării de structură în familie ca sistem. În timp ce membrii familiei se focalizează pe consumul de drog al unui membru al familiei, ei ignoră aspectul fundamental al nefericirii personale şi disfuncţionalitatea status-rolurilor familiei ca sistem.

Programul va declanşa în această etapă de cunoaştere a familiei, investigaţii pentru surprinderea interacţiunilor deficitare, a crizelor, a atitudinilor specifice. De asemenea, aprecierea şi evaluarea se vor canaliza şi pe cuantificarea trebuinţelor spirituale.

Analiza mediului de prieteni, colegi, trebuie să surpindă interacţiunea cu cei de aceeaşi vârstă, ca element de socializare a tinerilor. Astfel, vom reuşi să surprindem cum au loc iniţierile şi continuarea consumului de drog.

Un alt vector foarte important în studiul nostru poate să îl constituie analiza muzicii pe care tinerii o ascultă, ştiut fiind faptul că, abuzul de substanţe este asociat cu muzica rock cât şi cu alte grupuri de orientare negativă.

Analiza preliminară realizată în efectuarea acestui program a dezvăluit în ceea ce priveşte muzica rock că, deja există consumatori "consacraţi", care audiază 6 ore zilnic de muzică rock, acest gen de muzică fiind cel mai important partener. Muzica este pasiunea lor, nimic altceva nu le stârneşte interesul. **Drogul este adjuvant**. Muzica le impune în perspectivă virtuală orice detaliu al vieţii.

Toate aceste etape converg către necesitatea analizei psihologice a structurii de personalitate a acestui segment de populaţie.

Datorită modificărilor de natură neuroendocrinologică apar implicit destructurări psihologice. Prin analizele derulate prin program se vor identifica o varietate de probleme pe plan familial, al menţinerii locului de muncă, al sănătăţii fizice şi mentale şi, problemele din planul financiar.

Este important de ştiut că deterioarea adaptării sociale se poate manifesta prin pierderea frecventă a locului de muncă, absenteism şi incapacitatea de a-şi îndeplini atribuţiile specifice locului de muncă.

Se urmăresc problemele fizice manifestate care, cu siguranţă variază în funcţie de proprietăţile specifice ale substanţei folosite ca şi de cantitatea şi metoda folosită.

Pentru aprofundarea acestor etape, echipele îşi propun contactul permanent cu centrele de criză deja existente şi constituirea unor nuclee de analiză în reşedinţele de judeţ, acolo unde s-au înregistrat evenimente pe această problematică. Se vor realiza unele probe biochimice de laborator. Se propune un chestionar EUROPASI. Traducerea chestionarului, ghidului de aplicare şi protocoalelor de administrare, precum şi instrumentul de aplicare în sistem electronic computerizat au fost elaborate de o echipă formată din: psih. Cătălina Drăgulănescu, psih. Cristina Oprea, as. social Ana-Maria Tudor (Secţia XVI - Spit. Cl. de Psihiatrie "Prof. Dr. Alex. Obregia"), dr. Ioana Popescu şi Ing. Mihai Popescu (asistent universitar UPB), la iniţiativa şi sub coordonarea Dr. Lucian Vasilescu (Sectia XVI - Spit. Cl. de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia") şi a Conf. C. Oancea (Sectia V – Spit. Cl. de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia"). Menţionăm faptul că varianta românească a chestionarului nu este încă validată, cercetările de validare aflându-se în curs. De asemenea, este necesară o formare specială pentru aplicarea şi interpretarea EuropASI în condiţii de validitate şi fidelitate.

Pe parcursul cercetării preconizăm două anchete sociologice de anvergură iar medicii specialişti cooptaţi vor asigura evaluarea prin contact permanent a subiecţilor înregistraţi în program. Urmează încadrarea juridică a fenomenului.

Se va realiza analiza juridică a problematicii şi va propune plan de măsuri în vederea îmbunătăţirii legislaţiei în vigoare. Va asigura relaţia cu instanţele în vederea colectării de date.

7. Rezultate, beneficii

Prin acest proiect dorim să obţinem ca rezultate un tablou foarte important pentru instituţiile abilitate în ocrotirea sănătăţii, tablou ce conţine cauzele frecvente ce favorizează comportamentul deviant:

a) Neînţelegerile intrafamiliale şi disocierea căminului cu implicaţiile sale asupra copiilor: **tulburări emoţionale şi tendinţe patologice**.

b) Disocierea grupului familial prin boli cronice grave sau prin decesul unui părinte.

c) Deficienţele în atitudinea educativă a unuia dintre părinţi.

d) Factorii ecologici ai unei subculturi care poate crea indirect condiţii pentru dezvoltarea unor stări dizarmonice ale personalităţii copilului.

e) Prelungirea şcolarizării obligatorii face pentru copiii cu intelect liminal să apară o sursă de inadaptare şi eşec, fapt ce-l antrenează pe copil pe calea delincvenţei.

f) Precocitatea pubertăţii şi sexualităţii, se pot constitui într-un focar generator de delicvenţă.

Toate acestea se constituie în tot atâtea ipoteze de lucru.

Alte rezultate expectate care sunt de fapt şi obiective medicale, urmăresc rezolvarea trebuinţelor fiziologice şi de securizare şi, să-i structureze pacientului alte aptitudini de soluţionare, un alt stil de viaţă pentru a reduce sau chiar a elimina consumul de drog.

Rezultate estimate ale programului:

- structurarea unor metode şi tehnici specifice pentru studiul proceselor acestei patologii,
- propunerea unor metode noi de diganostic şi tratament,
- propunerea pentru producerea unor tipuri de teste rapide pentru identificarea şi evaluarea gradului de consum de drog,
- promovarea unor metode noi de abordare a consumatorilor de drog,
- extinderea accesului la informare prin dezvoltarea sistemului de diseminare de informaţii,
- realizarea unor noi concepte şi sisteme, protocoale de solicitare a instanţelor de cercetare penală în cazul consumatorilor de drog.

8. IMPACTUL ECONOMIC ŞI SOCIAL

Eficienţa proiectului ce îşi propune identificarea şi, rezolvarea trebuinţelor fiziologice şi de securizare se poate cuantifica după următoarele criterii:

- ✓ Integritate fiziologică.
- ✓ Trebuinţele de securizare.
- ✓ Abstinenţa la drogurile folosite, altele decât cele prescrise.

Astfel, proiectul îşi propune pe lângă monitorizarea aspectelor ştiinţifice de modificări specifice, şi inducerea, educarea subiecţilor în sensul depăşirii momentelor de cumpănă, de stres personal, cât şi reinserţia rapidă şi eficientă în societate, cu certe valenţe în planul socioeconomic, atât pentru societate cât şi pentru subiect ca personalitate distinctă. Foarte important, este aspectul identificării trăsăturilor climatului social şi evidenţierea stărilor de **anomie, devianţă şi patologie socială**, în speţă amploarea fenomenului de consum de drog.

9. MANAGEMENTUL PROIECTULUI.

Echipa este formată din, experţi şi specialişti în psihiatrie şi psihopatologie, psihologie, sociologie, toxicologie. Managementul se desfăşoară prin delegare de competenţe, coordonarea şi comunicarea fiind deja verificate din programele anterioare. La nivel zonal se realizează instructajul specific, urmărindu-se raportări periodice, dar fiind pregătiţi şi pentru intervenţii neprogramate. Am dorit canale deschise cu toţi membrii echipelor, cât şi cu persoanele selectate, deoarece urmărim:

- Aspectul de **urgenţă**, ce constă în acordarea de ajutor cât mai rapid posibil,
- **Proximitatea**, apropierea psihologică,
- **Expectativa**, acea atitudine de aşteptare a unei vindecări rapide, în sensul de a permite subiectului să se reintegreze în grup.

În sensul educaţiei populaţiei de a-şi îmbunătăţi mecanismele de soluţionare în cazul situaţiilor critice, vom urmări elaborarea de pliante, plachete ce cuprind tehnici de relaxare, prezentate într-un mod accesibil. Cercetarea în ansamblu se va finaliza cu publicarea unei lucrări de informare într-un tiraj suficient, exemplare ce vor fi diseminate şi la forurile competente.

Pentru realizarea acestor deziderate debutăm cu o trecere în revistă a evenimentelor, faptelor încercând o explicitare a flagelului. Chiar dacă lucrarea crează senzaţia că în cuprins se repetă definiţii, acest fapt este bine intenţionat, tocmai pentru a fundamenta elementele cauzale a flagelului şi pentru a desluşi modalităţi de combatere a consumului şi traficului. Nu ne oprim doar la a trece în revistă. Pe un aparat conceptual bine structurat venim cu un model de investigaţie clinică, model care considerăm că în foarte scurt timp va fi omologat şi în România.

În realizarea acestei lucrări chiar dacă este pentru informarea generală ne-am bucurat de sprijinul şi competenţa Poliţiei române, în special de la departamentul de Prevenţie. Desigur, am primit sprijin de la alţi specialişti care au dorit să rămână anonimi. Le mulţumim celor pe care istoria nu îi va menţiona niciodată pentru efortul depus în combaterea acestei ameninţări la siguranţa cetăţenilor.

CONSUMUL DE DROGURI ÎN ROMÂNIA

Să considerăm drogurile doar nişte agenţi cu uz medicinal sau să insistăm că drogurile trebuie prescrise prin practica medicală ar fi o eroare în înţelegerea condiţiei umane. Remarca sociologului american Bernard Barhen este relevantă în acest sens: „Nu orice substanţă poate fi considerat drog" iar toate cele care pot fi denumite astfel înregistrează o varietate de funcţii psihologice şi sociale, nu doar cu sens religios sau terapeutic şi de **adicţie** ci şi politic şi estetic şi ideologic şi afrodisiac etc. Aceasta a fost situaţia chiar de la începuturile societăţii umane. Observăm că întotdeauna şi oriunde drogurile au fost implicate în aproape orice funcţie psihologică şi socială după cum sunt implicate în orice funcţie fiziologică.

Adicţie: - dependenţă compulsivă la un drog, cu tendinţa creşterii progresive a dozelor, a cărei origine psihologică se află într-o structură dizarmonică a personalităţii. Dependenţa fizică la drogul respectiv este o consecinţă evolutivă obligatorie a dependenţei adictive, de unde apariţia sindromului de abstinenţă la întreruperea administrării acestuia (Gorgos Ctin., ***Dicţionar de Psihiatrie***, vol.1);

Dependenţă: - situaţia de a fi dependent; stare de subordonare, de supunere (DEX);

- relaţie fundamentală între două fenomene, în care existenţa sau menţinerea unuia dintre ele condiţionează menţinerea sau apariţia celuilalt (Gorgos Ctin., ***Dicţionar de Psihiatrie***, vol.1);

Iubirea reprezintă o emoţie umană puternic valorizată. Astfel, fără a fi deloc surpinzător, există o mare preocupare faţă de sentimentul de iubire şi faţă de acele stări care sunt considerate că asigură obţinerea iubirii. Se cunosc puţine referitor la acţiunea afrodisiacă a anumitor alimente şi substanţe, dar ambele au fost asociate în reprezentările oamenilor cu acea capacitate de creştere a intensităţii iubirii. Chiar dacă efectele fiziologice stau sub semnul îndoielii unul din efectele privite prin prisma sentimentului de iubire este probabil dorinţa neţărmurită pentru repetarea experienţei cât şi a celor stări care au dus la dobândirea stării.

Despre substanţele halucinogene precum LSD se spune că induce stări de iubire. Dar ce consumator de droguri se referă la iubire în termeni de semne şi dovezi vizibile care adesea nici nu coincid. Chiar şi aşa, este cert că disiparea tensiunii, estomparea sentimentului de competiţie, domolirea ostilităţii şi evitarea actelor de agresiune, au efectul lor simultan asupra echilibrului dintre forţele pozitive şi negative în individ.

Spre deosebire de acestea consumatorul valorizează capacitatea drogurilor considerând că acestea anulează unele pidici în obţinerea iubirii.

Multe pesoane întâmpină situaţii „stresante", situaţii în faţa cărora dintr-un motiv sau altul ei nu le pot soluţiona într-un mod reuşit şi sub presiunea cărora ei nu pot funcţiona în mod eficient. Aceasta înseamnă că stresul este mai intens decât de obicei sau capacităţile de adaptare sunt mai puţin eficiente. În oricare din situaţii, există suficiente substanţe tranchilizante sau energizante care pot contribui la asigurarea confortului psihologic. Aceasta nu este o chimioterapie în sensul ideal dar permite unui mare număr de persoane să facă faţă problemelor pe care altfel nu le-ar putea depăşi. Astfel de situaţii sunt dincolo de controlul individului iar unii indivizi consideră că sunt mult mai productivi şi se consideră mult mai umani consumând „substanţe".

Totuşi, nu este bine delimitată graniţa dintre drogul terapeutic şi drogul de sprijin. Există tot felul de terapii dar şi o manipulare deliberată prin drog

Consumul de drog în scop terapeutic este atât de clar că nu necesită multe explicaţii. Mulţi dintre agenţii chimici care afectează protoplasma, nu sunt capabili să acţioneze asupra creierului dar mulţi dintre aceştia sunt importanţi în terapiile medicale. Ca exemplu, ne putem referi la alcool, anestezice generale, hipnotice, toate fiind clasificate ca antidepresive ale sistemului nervos central (SNC). Unele roguri cum ar fi stricnina, nicotina, picrotoxina, cofeina, cocaina şi amfetaminele afectează SNC.

Drogurile au şi alte funcţii care nu acţiune directă la consum. Studii importante în fiziologie au fost orientate către înţelegerea locului şi modului de acţiune a unora dintre agenţi.

Capacitatea drogurilor de a altera procesele mentale cât şi comportamentul au permis cercetările să manipuleze stări mentale sau comportamente. Utilizarea LSD în investigarea psihozelor şi consumul de aminal de sodiu (*scopalamina*) în studiul retenţiei în pocesul de învăţare sunt doar câteva exemple.

Consumul de droguri ca instrumente potenţiale în războiul chimic şi biologic aua tras atenţia publicului larg cât şi dispreţul atât timp cât multe state şi puteri ale lumii au continuat să le studieze. Consumul cu scop politic est o posibilitate ce induce teamă. Chiar dacă „serul adevărului", „tehnica spălării creierului" constituie o modalitate de distrugere a elementelor stabile de cultură sau cum ar fi un mod de reducere a unei întregi societăţi la o sclavie mută, acest aspect al consumului de droguri trebuie perceput ca un semnal de alarmă deoarece cele enunţate sunt posibile.

CARACTERISTICILE UZULUI ŞI CONSUMULUI DE DROGURI

Dacă opiumul era singurul drog de care se abuza şi unicul tip de abuz era unul obişnuit, consumul compulsiv, atunci discuţia despre adicţie devine o chestiune oarecare. Dar opiumul nu este singurul drog de care se abuzăşi de altfel există multe tipuri de abuz. Diferitele tipuri de substanţe sunt utilizate în foarte multe moduri de oameni diferiţi în scopuri diferite şi care, niciunul nu poate îmbrăca toate aspectele medicale, psihiatrice, psihologice, sociologice, culturale, economice, religioase, etnice şi juridice ce ar avea semnificaţie pentru adicţie.

Prejudiciile şi ignoranţa au condus la etichetarea tuturor tipurilor de consum sancţionat de droguri ca şi adicţie şi a tuturor drogurilor ca narcotice.

Tradiţia în atrata abuzul de drog ca şi adicţia de narcotice are la bază anumite fapte. Până de curând, problema adicţiei se centra pe deficienţele de utilizare a opiaceelor a diferitelor amestecuri preparate din pulbere de opium. Astfel, au fost izolate şi introduse în uz diferite tipuri de alcaloizi ai opiumului precum morfina şi heroina. Datorită principiului foarte activ al opiumului, adicţia devine mult mai severă. Mult mai recent au fost sintetizate noi droguri precum metadona şi Demerol dar efectele acestora sunt aproape similare cu ale opiumului şi derivatelor sale pentru a fi incluse în vechiul concept de adicţie. Odată cu introducerea diferitelor tipuri de barbiturice sub formă de sedative şi pilule de dormit, omogenitatea conceptului de adicţie a început să se scindeze. Au apărut apoi diferite tipuri de tanchilizante, stimulatori, forme de halucinogene cât şi diferite combinaţii ale acestora. La acest moment, punctul de vedere unitar asupra adicţiei nu mai poate fi susţinut. Concepţia unitară nu poate îngloba formele diverse şi eterogene aflate astăzi în uz.

NATURA DEPENDENȚEI DE DROG

Concepţia populară

Confuzia pe care publicul o manifestă atunci când se încearcă difeenţierea stărilor de adicţie sau gradul de abuz se datorează probabil a două concepţii populare referitoare la adicția de drog.

Prima concepţie implică stereotipul după care consumatorul de drog este un delicvent inacceptat social. Pentru impurile de altădată această concepţie este uşor de înţeles. În mod ironic narcomanul, dacă într-adevăr există, este considerată acea persoană care nu consumă opiacee. Acțiunea de detensionare pe care o evocă consumatorii de opiu nu ar aparţine unui stereotip.

O a doua concepţie implică convingerea naivă că ar exista ceva magie în consumul de drog. Multe substanţe sunt capabile să acţioneze asupra istemului biologic. Nu este nimic intrinsec în substanța însăşi care se facă o substanță activă deosbeită faţă de altă subsatnță. Atributul de drog este dobândit prin consum.

Cofeina, nicotina şi alcoolul sunt în mod cert nişte droguri iar consumul obişnuit, excesiv de cafea, tutun, sau băuturi alcoolice constituie în mod cert dependenţă de rog dacă nu chiar adicţie. Acelaşi lucru se poate spune depsre ceai, ciocolată sau zahăr pudră dacă societatea doreşte să pună problema în acest mod. Sarcina definirii adicţiei devine astfel sarcina de a distinge între opium şi pudra de zahăr în timp ce trebuie să se conştientizeze că ambele pot deveni subiectul abuzului. Aceasta presupune un cadru de referinţă prin care să se recunoască aproape orice subsatnţă care poate fi considerată potenţai de abuz, că un tip de abuz poate diferi în mod apreciabil de al tip de abuz iar efectul evaluat de un consumator poate diferi la un altul. Tipul de referinţă va lăsa încă multe întrebări fără răspunsuri vis-a-vis de disponibilitate, sancțiune publică etc.

Efecte fiziologice ale adicţiei

Unele efecte fiziologice sunt asociate în mod strâns cu consumul frecvent de opium şi derivatele sale. Unii specialişti declară că aceste efecte fiziologice sunt necesare pentru a aprecia dificultăţile înregistrate în încercare de a include toate drogurile sub o definiţie unitară care se raportează la modelul opiumului.

Toleranţa constituie un fenomen fizilogic ce se raportează la faptul că individul consumă cantităţi din ce în ce mai mari de drog în eforurile repetate de a obţine aceleaşi efecte. La nivel celular aceasta se caracterizează prin scăderea răspunsului la substanţă străină (în cazul nostru drogul) ca rezultat al adaptării. Deşi opiaceele sunt un prototip totuşi, o plajă largă de substanţe manifestă fenomenul de toleranţă. Drogurile variază foarte mult prin capacitatea de a dezvolta toleranţă. Derivatele de opium produc rapid un nivel înalt de toleranţă iar alcoolul şi barbituricele au un nivel scăzut de toleranţă.toleranţa este caracteristică penrtu morfină şi heroină şi în consecinţă este considerată o caacteristică foarte importantă în adicţia de narcotice. În primul stadiu al toleranţei durata efectelor este scurtă. Pentru a-şi atinge efectul dorit este necesar ca individul să ia drogul în cantităţi din ce în ce mai mari sau cât mai des. Această etapă este urmată curând de o pierdere a efectelor, atât a celor dorite cât şi nedorite. La fiecare nou nivel efectele se vor reduce simțitor până când individul ajunge la o cotă mare de consum cu un nivel corespunzător de înalt în ceea ce priveşte toleranţa. Omul poate deveni total tolerant la 5 mg morfină/zi chiar dacă doza clinică eficientă pentru eliminarea durerii este între 5-20 mg/zi. Un consumator poate atinge nivelul zilnic de aproape 200 de doze, fapt deosebit de periculos pentru un adult normal.

Toleranţa pentru drog poate fi un fapt independent de capacitatea drogului de a produce dependenţa fizică. Încă nu există o explicaţie pertinentă pentru dependenţa fizică. Se consideră

că este asociată cu detensionarea sistemului nervos central cu toate că, stăzi nu este încăclară distincţia între antidepresive şi energizante.

Atunci când nu se mai consumă droguri, dpendenţa fizică se manifestă prin semne şi simptome de abstinenţă. Se pare că sunt implicate toate nivelele SNC dar trăsătura fundamentală a dependenţei fizice o constituie „abstinenţa" sau sindromul de „sevraj".

Dacă individul consumator este privat de drog după ce organismul a intrat în dependenţă fizică, va apare un set de reacţii, a căror intensitate va depinde de cantitatea consumată şi de perioada de consum a drogului.

Dacă persoana a consumat morfină sau heroină, reacţia se va declanşa în câteva ore de la ultima doză şi va atinge vârful de manifestare la 1-2 zile. Iniţial, subiectul cască, lăcrimează îi curge nasul, transpiră. El intră într-o stare de resemnare, are contracţii ale pupilelor, are „pielea găinii", puseuri reci şi fierbinţă, dureri severe ale picioarelor, crampe generalizate în organism şi o mişcare robotizată. Apoi consumatorul trece în insomnie severă, stări de vomă, graţă şi diaree. De acum apare: - febra, - presiune sanguină uşor ridicată, - pierderea de apetit, - deshidratarea, - pierderea considerabilă a greutăţii corporale.

Aceste simptome continuă până în a treia zi după care se diminuează pe perioada săptămânii următoare.

În ceea ce priveşte reacţia de sevraj, există anumite variaţii pentru alte droguri. În cazul grupei de barbiturice, tranchilizante minore şi alcool, sevrajul se poate dovedi mult mai periculos şi sever. Pe parcursul sevrajului, toleranţa la drog se pierde rapid. Sindromul de sevraj se poate consuma în orice moment printr-o doză adecvată consumatorului de drog. Momentul sevrajului este un moment propice intervenţiei terapeutice când echipa poate aborda perfuzii, însoţite pe parcursul medicaţiei de psihoterapie cu catharsis afectiv.

Toleranţa

Acest termen desemneaza starea la care ajunge consumatorul la un anumit moment, când corpul sau îsi pierde sensibilitatea la un drog sau la o grupa de droguri, în sensul ca reactia sa descreste odata cu absorbtia repetata a drogului. Cu alte cuvinte, pentru a obtine un efect de aceeasi intensitate, consumatorul trebuie sa mareasca doza drogului respectiv.

Dupa o "pauza" de administrare a drogului, toleranta corpului începe sa scada (revine la normal), aici se intalnesc cele mai multe cazuri de supradoza, datorit faptului ca, de multe ori, se administreaza aceasi cantitate de drog cu care corpul era obisnuit inainte de inrerupere (cand tolereanta a scazut).

Toleranta încrucisata.

Atunci când doua sau mai multe droguri utilizeaza acelasi sistem enzimatic, corpul nu poate face distinctie între ele. Se produce atunci o toleranta, chiar daca drogurile par diferite. Aceasta este toleranta încrucisata. Astfel, se poate spune ca heroina si codeina provoaca toleranta încrucisata.

Dependenta

Dependenta reprezintă starea psihica si uneori fizica ce se caracterizeaza prin convulsii, acestea incetand doar dupa administrarea drogului. Dependenta are trei forme: toleranta, obisnuinta si dependenta. Toleranta este o forma fizica de dependenta care se declanseaza atunci cand organismul se obisnuieste cu drogul/medicamentul si necesita o cantitate mai mare pentru a indeplini acelasi efect farmaceutic. Aceasta situatie se inrautateste atunci cand anumite droguri si substante farmaceutice sunt folosite in cantitati mari pe o perioada mai indelungata. Primele

semne sunt: dureri de cap, neliniste, transpiratie, insomnii, dar ele pot varia de la o substanta la alta si de la un individ la altul.

Obisnuinta este o dependenta psihica si ea continua dupa ce dependenta fizica a fisparut. Persoanele cu astfel de probleme ajung sa creada ca drogul le este necesar oriunde ar fi, treptat, ele isi pierd capacitatea de a reactiona normal si dependenta fizica revine. Substante ca: opium, alcool, cocaina, barbiturice, marihuana etc. creeaza atât dependenta psihica cât si fizica. Testate pe animale in laboratoare specializate, substantele de mai sus si-au dovedit potentialul distructiv. In afara de tutun si alcool - care sunt substantele de care se abuzeaza foarte des - mai sunt: opioidele, sedativ-hipnoticele, stimulantele, halucinogenele, canabisul si inhalantele.

Termenul de dependență desemneaza starea de adaptare la un drog, care urmeaza în general, dezvoltarii tolerantei. Dependenta antreneaza o serie de simptome caracteristice sevrajului, atunci când înceteaza administrarea drogului.

Dependenta este starea psihica si uneori fizica indusa de consumul de produsi toxici, caracterizata prin reactii comportamentale si de alt gen printr-o nevoie de a consuma produsul în mod continuu sau periodic pentru a obtine efectele psihice dorite si uneori pentru a evita boala provocata de absenta sa.

Dependenta fizica este reactia organismului uman la drog. Substantele chimice din drog se integreaza în organism, chiar daca sunt toxice, iar atunci când corpul nu la mai primeste, intra în alerta violenta, exprimata prin stare generala alterata, greturi, voma, diaree, transpiratie, tahicardie (puls accelerat), dureri, spasme, tremuraturi.

Dependenta fizica se mai face simtita o vreme chiar si dupa abstinenta si încetarea simptomelor de sevraj, ceea ce poate favoriza revenirea la viciu. Orice încercare de abstinenta fata de drogul respectiv trebuie sa se faca dupa sfatul medicului si sub supravegherea sa.

Dependenta psihica se manifesta printr-o nevoie irezistibila de a folosi acest mijloc, care este drogul, pentru a influenta, a schimba sau a controla dispozitia sufleteasca, sentimentele sau chiar constiinta de sine.

Sevrajul
Acest termen se refera la simptomele fizice si psihice care apar atunci când un individ este privat de un drog de care el a devenit dependent.

Abuz de droguri

Expresia desemneaza auto-administrarea repetata de droguri, în scopuri medicale.

Euforia
Este senzatia de buna dispozitie obtinuta artificial, euforia este o stare în care individul nu simte nici o anxietate si scapa de influentele exterioare.

Halucinatiile
Sunt perceptii provocate de halucinogene, care nu corespund realitatii obiective. Individul care are halucinatii "vede imagini" si "aude sunete" care nu exista în realitate.

Clasificarea drogurilor

Dupa efectul produs asupra sistemului nervos central:

- Produse depresoare (opiul, morfina, heroina, barbituricele, benzodiazepinele, tranchilizantele, hipnoticele, metaqualona, etc.)
- Produse stimulente (cocaina, crack-ul, khat-ul, amfetaminele, anorexigenele, etc.)
- Produse perturbatoare sau halucinogene (cannabis-ul, LSD-ul, fencyclidina, mescalina, psilocybina, etc)

Dupa originea produsului:

Produse naturale
- Produse de semi-sinteza
- Produse de sinteza

Dupa regimul juridic al substantelor:

- Substante a caror fabricare si administrare sunt supuse controlului (morfina, barbituricele, etc)
- Substante total interzise (LSD, heroina, crack)

Dupa dependenta generata:

- Droguri care creeaza dependenta fizica
- Droguri care creeaza dependenta psihica
- Droguri care creeaza dependenta mixta

Consum, obişnuinţă şi dependenţă

Distincția care se face în mod tradițional între „obişninţă" şi „viciu" se centrează pe capacitatea unui drog de aproduce toleranţă şi dependenţă fizică. Opiaceele posedă în mod cert un potenţial de modificare a resurselor organismului şi ca atare organismul va guverna adaptările la stres din punct de vedere biochimic, fiziologic şi psihologic. Astfel, răspunsul celular se modifică el însuşi atât timp cât substanţa străină continuă să fie prezentă şi să-şi menţină funcţia. În momentul în care substanţa este blocată sau retrasă, răspunsul celular devine anormal până când se realizează o nouă adaptare. Această ipoteză are la bază ideea unei provocări enorme ce impune o adaptare radicală.

Unele droguri stimulează uşor dar nu contează aşa de mult dacă un drog poate stimula uşor cât contează dacă drogul a fost luat în maniera în care se prezintă modificarea. Droguri precum cofeina, nicotina, bromurile, salicilații, cocaina, amfetamina, cât şi alte substanţe stimulatoare.

CATEGORII ŞI GRUPE DE DROGURI

Substante psihotrope si substante stupefiante.

Acestea modifica perceptia si activitatea mentala. Ele cuprind depresoarele, halucinogenele, analgezicele, hipnoticele si stimulentele.

Depresoarele micsoreaza activitatea sistemului nervos central, încetinind functiile vitale si reflexele. Depresoarele calmeaza si, totodata, relaxeaza. În doze bine determinate, ele sunt utilizate în medicina, mai ales ca sedative si pentru a induce somnul. Barbituricele si compusii asemanatori acestora, ca si tranchilizantele minore, sunt depresoare ale sistemului nervos central. Analgezicele opioide actioneaza, de asemenea, ca depresoare ale sistemului nervos central.

Halucinogenele actioneaza asupra sistemului nervos central si conduc la aparitia iluziilor senzoriale sau a halucinatiilor. Cunoscute si sub denumirea de "droguri psihedelice", în rândul halucinogenelor se înscriu, mai ales, dietilamida acidului lisergic (LSD), fencyclidina, psilocybina si unele amfetamine substituite la nucleul benzenic. (Ecstasy, Adam).

Analgezicele influenteaza reactia la durere, diminuând sau înlaturând tulburarile psihice care o însotesc (anxietatea, tensiunea psihica, indispozitia).

Hipnoticele sunt substante depresoare ale sistemului nervos central, care induc somnul. Barbituricele, metaqualona si cloralhidratul sunt câteva exemple de hipnotice. Numeroase droguri pot fi, concomitent, sedative si hipnotice.

Stimulentele stimuleaza sistemul nervos central si intensifica activitatea creierului si a unor centri nervosi din maduva spinarii. Anumite stimulente au pe plan international o utilizare terapeutica legala, cum ar fi de exemplu anorexigenele (reduc pofta de mâncare) si unele medicamente pentru tratarea depresiunilor psihice.

Amfetaminele si **cocaina** sunt droguri caracteristice care stimuleaza sistemul nervos central.

Termeni farmaceutici

Comprimatele sunt preparate farmaceutice solide, care contin doze unitare din una sau mai multe substante active. Ele se obtin prin comprimare unui volum constant de substante active asociate sau nu cu substante auxiliare, sunt destinate administrarii pe cale orala.

Capsulele sunt preparate farmaceutice formate din învelisuri care contin doze unitare de substante active, asociate sau nu cu substante auxiliare destinate administrarii orale. Ele pot fi si gelatinoase.
Extractele sunt preparate farmaceutice fluide, moi sau uscate, obtinute prin extractia produselor vegetale cu diferiti solventi, urmata de evaporarea partiala sau totala a solventilor.

Siropurile sunt preparate farmaceutice lichide, cu un continut ridicat de zahar, de consistenta vâscoasa, destinata administrarii interne.

Fenobarbital - denumire chimica: acid etil-5 fenilbarbituric. Sinonime: Donnatal, Belladenal, Kiresed, Quadrinal

Diazepam - denumire chimica: cloro-7 dihidro-1,3 metil-1 fenil-5 2H-benzodiazepina-1,4 one-2. Sinonime: Valium, T-Quil, Tranquil.

Cocaina este o substanta naturala (un alcaloid) ce este extrasa din frunzele unei plante originare din America de Sud, numita erythroxylon sau arborele de coca.

Canabisul este o planta originara din Asia Centrala din care se extrag: marijuana, hasisul, uleiul de hasis.

Ciupercile halucinogene au efecte similare cu canabisul. Riscul consta in confundarea lor cu alte ciuperci otravitoare.

Ecstasy este o substanta sintetica, ce deriva de la amfetamine, produsa pentru prima data in 1914.

Efedrina este un drog care se administreaza intravenos. Da impresia de placere infinita, putere si vigoare, creste mult instinctul sexual.

Inhalantii sunt drogurile folosite mai des de copii. Suprima senzatia de frig si foame. La nivelul creierului, inhalantii pot schimba reactiile chimice, precum si modul in care neuronii transmit mesajele; **LSD** este o substanta chimica care modifica modul de a percepe lumea, apar halucinatii, subiectul devine agitat, poate sari de la etaj, il sperie orice zgomot, tremura. Dupa un anumit timp apare o stare de depresie, ceea ce favorizeaza dorinta de a reutiliza drogul.

MDMA (metilendioximetamfetamina), numit si **Adam**, **Ecstasy** sau **X–TC**, este un drog sintetic, psihoactiv, halucinogen si cu proprietati asemanatoare amfetaminelor.

Nalaxon este un medicament antagonist, cu efecte opuse substantei consumate. Este folosit in caz de supradoza reducand efectele drogurilor, fiind foarte eficace din punct de vedere terapeutic.

Phenciclidine (PCP), in forma sa pura, este o pulbere cristalina solubila rapid in apa. Consumul de **PCP** este asociat unui numar mare de riscuri si se considera a fi unul din cele mai periculoase droguri.

Heroina este o substanta semisintetica, derivata a opiumului, produsa pentru prima data in 1897. Seamana cu o pudra a carei culoare variaza intre maro inchis si alb. Este vanduta in pachetele de celofan, folii, bilute. *China White sau DMA (ecstasy)* sunt droguri -imitatii de care se abuzeaza. Ultima intrare pe „piata sintetica“ este *„roofise“* sau *„intalnire-viol-drog“*, un drog fara gust, ce poate fi strecurat in bautura victimei fara ca aceasta sa stie, in scopul de a fi violata sau jefuita, dupa ce drogul îşi face efectul si viitoarea victima adoarme. Acest drog îi face pe oameni neajutoraţi în fata violului sau jafului. In unele cazuri consumatorii au ajuns sa creada ca pot sa zboare. Heroina poate produce dementa. Afghanistanul, Iranul si China sunt tarile prin care se ruleaza sau in care se produc mari cantitati din acest drog.

COCAINA

ARBUSTUL creste la temperaturi de 18-25 grade si are inaltime de 1-1,5 m. Se cultiva in America de Sud si in prezent sunt 400-500.000 ha cultivate.

MODURI DE PREZENTARE: „Taiata",in amestec cu alte substante pentru a atinge o puritate de 10-30% si impachetata in mici pachetele de hartie sau aluminiu, ori paie termosudate. Are aspect de pudra cristalina alba ca zapada.

MODURI DE ADMINISTRARE:

-„sniffing" - prizare cu ajutorul unui pai.
-„speed ball" - injectabila sub forma de solutie sau in amestec cu heroina sau morfinice.
-„free basing" - amestecarea cocainei cu un solvent sau alcool, incalzirea amestecului si inhalarea vaporilor degajati. Pericol de explozie!
-„pasta" sau „basuco" - este fumata in tarile producatoare in amestec cu marijuana.

EFECTE:
CAUTATE: - excitant care inlatura efectele oboselii.

-la scurt timp dupa prizare (cca. 20 min.) induce stare de euforie, incredere in sine, multumire si da impresia unei capacitati marite a functiilor intelectuale.
- prin injectare, efectele apar dupa 20 sec. sub forma unei stari euforice.
NEFASTE: - pe termen scurt antreneaza o stare de agitatie si instabilitate, tulburari de judecata si decomportament:
transpiratii, dilatarea pupilelor. La doze puternice apar convulsii, paranoia, psihoze, pierderea greutatii, greturi.
-pe termen lung apar perforatii ale mucoasei nazale, eczeme in jurul narilor. Dependenta psihica se instaleaza rapid.

DEPISTAREA CONSUMATORULUI:

- cei care prizeaza au nasul rosu afectat de cuperoza si eventual cu eczeme.
- cei care se injecteaza prezinta urme de intepaturi ca heroinomanii.
- se pierde in greutate, fata este pala, ameteli, stari de voma, excitabilitate, halucinatii paranoice.

Istoria cocainei

Cu mult timp în urmă, cocaina era extrasă din **planta de coca**, iar frunzele erau mestecate de către *amerindienii peruani* si cei din diferitele tări ale Americii de Sud.

Folosirea acestor frunze este anterioară timpului istoric cunoscut, astfel că tot ceea ce stim este în întregime derivat din surse arheologice. Urmele descoperite în oalele din America de Sud demonstrează faptul că *mestecatul frunzelor de coca era un fapt cultural* încă dinaintea aparitiei Imperiului Incas, cu aproximatie în jurul anului 3.000 î.Hr. si că efectele acestora asupra stării de spirit si asupra comportamentului erau foarte mult apreciate de către indieni.

Planta era considerată a fi un dar al zeilor si ***era folosită în timpul ritualurilor religioase, înmormântărilor si a altor situatii speciale.*** În momentul aparitiei spaniolilor, în secolul al XV-lea, Imperiul Incas era în declin. În această perioadă frunzele de coca nu mai erau folosite decât de către clasa conducătoare sau doar în scop ritualic. La început, spaniolii au încercat să-i avertizeze pe amerindieni cu privire la folosirea acestora, deoarece le considerau o barieră în calea convertirii la crestinism. Mai târziu***, a devenit o modalitate de recompensare a băstinasilor pentru munca acestora.*** În acest fel, ei puteau obliga o importantă fortă de muncă să lucreze în conditii grele, la altitudini înalte, în minele lor de aur si argint. Frunzele de coca, laolaltă cu ceaiul, cafeaua si tutunul au fost aduse în Europa de către exploratori în secolul al XVI-lea, dar spre deosebire de acestea, frunzele de coca au devenit nepopulare chiar înainte de secolul al XIX-lea. Acest fapt se poate datora si deteriorării frunzelor în timpul călătoriei, ceea ce le slăbea mult efectul.

În *1862* Albert Niemann reuseste să extragă dintr-o substantă cristalină derivata din frunzele de coca *o formă pură de cocaină.* Cocaina era extrem de pretuită în deceniile opt si nouă ale secolului al XIX -lea si multe figuri proeminente ale momentului recomandau utilizarea terapeutică a cocainei. Papa Leon al XII-lea, Sigmund Freud, Jules Verne si Thomas Edison aprobau în anul 1888 folosirea cocainei, a băuturii Coca-Cola ce continea în mod natural cocaină si se recomanda singură ca fiind "băutura care înlătură obosela". (Între timp Coca- Cola a înlocuit continutul de cocaina cu cofeină).

Înainte de anul 1960, cocaina nu era intens folosită în Statele Unite decât printre animatorii din localuri si cântăretii de jazz. Utilizarea drogului a fost interzisă, atât în domeniul medical, cât si în scop recreativ începând din anul 1914. Nativii din Anzi folosesc încă frunzele de coca pentru efectul stimulant. Adesea ei le amesteca cu scrum si var si se spune că pot merge zile întregi fără să le fie foame sau să se simtă obositi.

Totusi, utilizatorii au un mers sovăielnic, dintâi le sunt acoperiti de un strat verzui, au insomnii incurabile si o stare generala de apatie.

Utilizările medicale ale cocainei

Pentru a resimti o senzatie cum ar fi cea de durere, informatia trebuie să treacă de la un nerv la altul sub formă de impulsuri până ajunge la creier, unde este procesată si interpretată ca atare. Cocaina inhibă această transmitere a informatiei, comunicarea intre terminatiile nervoase fiind astfel imposibilă. Lista afectiunilor considerate a fi vindecabile cu ajutorul cocainei, lista alcătuită de personalităti medicale ale deceniilor opt si nouă ale secolului al XIX-lea, este cu adevarat impresionantă si lasă să se inteleagă faptul că planta de coca este un drog miraculos care poate vindeca orice, inclusiv sifilisul.

In 1884 **Sigmund Freud** a publicat un articol referitor la calitătile de potential anestezic local ale cocainei. Un punct de vedere extrem de bizar, care a fost sustinut cu tărie de către Freud, acesta căpătând astfel de informatii asupra subiectului din prospectele firmelor farmaceutice in căre se afirma că drogul poate fi folosit in tratarea dependentei de morfină si alcool. Freud nu credea că si cocaina poate provoca dependentă. Desi drogul era bine văzut in acele timpuri, de la sfarsitul secolului, a inceput să devină evident faptul că folosirea lui poate avea urmări dezastruoase. Intr-unul dintre cele mai tragice cazuri a fost implicat chiar un prieten apropiat al lui Freud, dependent de morfină. Freud isi tratase prietenul cu cocainą, si devenise chiar el insusi dependent de aceasta. In mai putin de un an el a inceput să sufere de o intoxicatie si in scurt timp a decedat. Freud nu a putut renunta la consumul de cocainą vreme de câtiva ani. Dar si el si altii au inceput să scrie despre efectele dezastruoase ale consumului de droguri.

Devenise evident faptul că planta de coca putea fi un bun anestezic, in special in cazurile de chirurgie oculară, dar efectele secundare erau atât de neplăcute incât folosirea sa a fost scoasă in afara legii de către cele mai multe guverne.

Dependenta de cocainą

Pentru a produce efectele specifice, *cocaina poate fi introdusă in corp prin prizare, inghitire sau injectare. Doar cocaina pură se poate fuma.*

In afară de America de Sud, unde aceasta se mestecă si este absorbită prin peretii bucali, mucoasa stomacală si intestinală, *cocaina este cel mai des folosită sub formă de pudră.* Acest praf este rapid absorbit prin toate membranele cum ar fi mucoasa bucală, căile nazale si tractul gastrointestinal.

Praful este forma cea mai des folosită a drogului si pentru că este astfel mult mai usor de trecut granitele unei tări decât sub forma de frunze. In ideea cresterii profiturilor, cocaina hidrocloridă este amestecată cu zahăr sau cu alte droguri, expunând astfel consumatorul la efectul altor substante necunoscute si potential periculoase. Cea mai populară formă de utilizare a cocainei este, in zilele noastre, "priza". In câteva secunde apare o senzatie de amortire in interiorul nasului, care durează aproximativ cinci minute. După aceasta se initiază o stare crescândă de euforie si energizare, apoi un moment culminant ce durează zece-douăzeci de minute, apoi descreste. In dorinta lor de mentine acest punct culminant, utilizatorii continuă să prizeze drogul cam la fiecare treizeci de minute, până cand cantitatea de drog disponibilă se epuizează.

Consumatorii experimentati sau care utilizează frecvent cocaina, si-o administrează intravenos. Senzatia, foarte puternică, se produce intr-un interval de unu, două minute si se diminuează după aproximativ treizeci de minute; ca si in cazul "prizei", utilizatorul isi va injecta din nou drogul, in functie de cantitatea disponibilă.

Cocaina se fumează in Peru, Ecuador, Columbia si Bolivia unde se găseste mult mai usor sub această formă. Efectele produse prin fumatul pastei de cocaină sunt de mai scurtă durată si, uneori consumatorii ei fumează timp de câteva ore. Din 1985, pasta de coca nu a mai fost importată de Statele Unite pe scară largă, dar deoarece procesarea brută a pastei este mai ieftină decât producerea clorhidratului de cocaină, situatia se poate schimba.

Cei ce consumă cocaina declară că folosirea drogului este mult mai importantă decat hrana, sexul, prietenii, familia sau locul de muncă**.** Principala lor problema este cum să inlăture efectele neplăcute ale lipsei drogului si numai acest lucru ne-ar putea convinge să nu il folosim.

Efectele cocainei asupra corpului omenesc

Cocaina are un efect anestezic datorită interferentei sale in transmiterea informatiilor de la o celulă nervoasă la alta. Folosită altădată ca anestezic local in chirurgia oculară, s-a descoperit că *afectează corneea* si are si alte efecte secundare nedorite.

Cocaina este *un potential vasoconstrictor, ce ingusteaza (sau contractă) vasele de sânge*. De asemenea, *accelerează respiratia si măreste temperatura corpului, induce starea de vomă.* In doze mărite *pot produce o stare de tremur si convulsii.* Aceste efecte de stimulare *pot rapid să conducă la un colaps al sistemului nervos central,* care poate duce la rândul lui la insuficientă respiratorie si/sau stop cardiac si, intr-un final, la moarte. După expuneri frecvente la efectele cocainei anumite arii ale sistemului limbic (grup de structuri ale creierului legate de emotivitate si motivatie) sunt mult mai sensibile la un tip de convulsii similare epilepsiei.

Cocaina este o substanta naturala ce este extrasa din frunzele unei plante originare din America de Sud, numita erythroxylon sau arborele de coca. Cocaina este o pulbere alba, denumita de asemenea si "zapada". Farmacologic, are doua proprietati proeminente:

Este un anestezic puternic, asemanator ca actiune cu efectele novocainei. Este un drog puternic stimulent, asemanator cu cele ale adrenalinei. Crackcocaina purificata, mai puternica, mai periculoasa, de obicei se fumeaza, este calea cea mai scurta spre creier. Starea de extaz la o doza tipica inhalata de cocaina dureaza aproximativ 20 de minute. In aceasta perioada de timp consumatorul este foarte energic, increzator in sine si stimulat, sau apar alte semne precum dilatarea pupilelor, rinoree si lipsa apetitului.

Aceasta senzatie de extaz este urmata de o depresie profunda si o dorinta intensa pentru o noua doza, oboseala psihica, stare de neliniste si iritabilitate. O supradoza poate cauza agitatie extrema, stop respirator, stop cardiac sau moarte.

Mai sunt prezente simptome precum:

- dilatare anormala a pupilei ochiului;
- sporirea batailor inimii;
- transpiratie;
- ameteala sau voma;
- cresterea tensiunii, logoree.

Cocaina produce o puternică pierdere a apetitului, ceea ce duce la o severă pierdere in greutate si la dezechilibru alimentar. De asemenea, *conduce si la aparitia insomniilor.*

Efectele cocainei asupra psihicului includ in mod obisnuit *paranoia, delirul de persecutie, halucinatiile vizuale, auditive si tactile, cresterea numărului de acte irationale, nervozitatea, neincrederea, depresia si lipsa motivatională.*

Datorită solicitării sporite a inimii din timpul consumului de cocaină, *persoanele cu probleme cardiace, cum ar fi hipertensiunea sau cei cu probleme cardiovasculare, sunt mult mai expusi unor traumatisme fatale.*

Există rare cazuri de hemoragii cerebrale (sângerări in interiorul creierului) datorate unei măriri acute a presiunii sangvine.

Dacă este administrată intravenos, seringile nesterile pot cauza infectii si boli. Aceste afectiuni pot include *hepatita B,* otrăvirea sângelui, *inflamarea inimii si a valvelor sale* si, bineinteles, *S.I.D.A.*

Fumatul pastei de cocaină produce grave complicatii: *bronsita, tuse persistentă, imagine neclară, disfunctii ale circulatiei pulmonare.* Folosirea frecventă si vicioasă a cocainei duce la depresie, anxietate, iritabilitate si la alte boli psihice mentionate anterior.

In ciuda faptului că este posibil ca folosirea continuă a cocainei să nu reducă efectele neplăcute ale renuntării la drog, dependentilor le este foarte greu să renunte, atâta vreme cât il pot obtine cu usurintă.

MARIJUANA (CANABIS)

Cânepa poate fi adaptata. Inflorescentele, frunzele tocate formeaza iarba de canabis, care are aspect de tutun sau ceai, compusa din ramuri laterale, frunze si flori ale plantei, strivite si uscate. Orice planta de canepa contine THC.

Forme de prezentare:

Trabuc sub forma de tigara pura.
Amestec sau shilom in amestec cu tutun
HASIS - RASINA DE CANABIS se colecteaza prin strivirea plantei dupa care se adauga liant (clei, ceara) comprimata in paini sau turte cu urmatoarele culori:
- kaki-verzuie - Maroc - concentratie de 8-12%
- maro-pamantie-rosiatica Liban 12-18%
- neagra Pakistan, Afghanistan 25-28%
ESENTA DE CANABIS (ULEI DE HASIS) se obtine din distilarea canabis-ului tocat, iar uleiul rezultat are concentratie 70%. Este o substanta vascoasa de culoare neagra cu nuante verzui, densa, insolubila.

MOD DE ADMINISTRARE:

- Joint - tigari sau pipe mici speciale in amestec cu tutun sau pasta de coca.
- Ganja - frunze tinere si varfuri florifere ale plantei femela, presate sau rulate intr-o masa lipicioasa de culoare verde-inchis sau brun-verzuie cu miros agreabil si gust caracteristic.
- Charasul - rezina extrasa din vârfurile plantei femele. Apare ca pudra gri-alba din care se prepara paini sau foi subtiri aproape transparente.
- Bhang - din frunzele cele mai batrane sau mai coapte ale plantei. Se fumeaza sau se fierbe in apa si prin adaugare de unt se formeaza un sirop. Prin ingerare, cantitatea de substanta ce trece in sange este mai mica cu 4-6%.
- Uleiul - se uda o tigara care a fost gaurita cu acul si apoi se imbraca in alta hartie
- se poate ingera

MOD DE PREZENTARE:

Exemple de forme in distributia en-gros:
- sapunuri
- talpi de 250 g

- plachete invelite in folie de plastic
- soseta-sac de panza
- bidoane, cutii, conserve, sticle pentru ulei

Exemple en-detail:

-plicuri sau mici saci de plastic
-baghete de 2-5 g de rasina (hasis) invelite in poleiala sau celofan
-fiole mici cu esenta (ulei)

Cannabis-ul se găseşte, în special, în diferite combinaţii, preţul pentru o doză fiind în jur de 7 dolari SUA.

EFECTE CAUTATE:

sunt 4 faze distincte:

- excitatie, euforie
- confuzie mentala
- beatitudine
- depresie sau somn

Istoria Marijuanei

De-a lungul timpului marijuana a fost folosită in diferite culturi pentru schimbarea stării de spirit, a perceptiei, cu alte cuvinte pentru a atinge o treaptă mai inaltă de constientizare.

Efectele sale variază de la mărirea capacitătii creative, până la provocarea experientelor mistice si la mentinerea ridicată a capacitătilor senzitive.

Dupa alcool, marijuana este cea mai populară din asa numitele "droguri recreative".

Ea a mai fost folosită insă si in alte scopuri. In unele triburi primitive din America de Sud, Africa si India, "cannabis" a fost folosită in cadrul ceremoniilor religioase si in scopuri medicale. Minerii africani obisnuiau să o folosească pentru a le usura munca dificilă, iar jamaicanii o consumau la sfârsitul zilei pentru a le inlătura oboseala.

Ca drog a fost utilizată in diferite părti ale lumii timp de secole, iar in Statele Unite mai ales in secolul XX.

Prima mentionare scrisă apare intr-o carte de medicină intitulată "***Tratat despre plante***", in China secolului al II-lea i.e.n., unde era folosită ca anestezic incă de acum 5.000 de ani.

Vechii asirieni, persii, romanii si indienii foloseau acest drog pentru a controla spasmele musculare, pentru a calma durerea, cât si in tratarea indigestiei. Marijuana era folosită curent in medicina traditională din Africa si Asia. In secolul al IX-lea, asirienii incepuseră să o folosească ca tămâie.

Incă din 1611 marijuana era cultivată in Jamestown, Virginia. In secolul al XIX-lea era folosită in tratarea spasmelor musculare, a durerilor de cap, a travaliului, insomniei si a durerilor menstruale. Este incă folosită ca medicament in Orientul Mijlociu si in Asia.

Întrebuintarea medicală a marijuanei

Canabisul si derivatele sale pot fi utile în tratarea *glaucomului si a anumitor afectiuni oculare legate de nervul optic sau chiar si în cecitate.*

Altă posibilitate de utilizare este legată de *tratamentul stărilor de greată si de vomă,* metoda asociată chimioterapiei in cazul pacientilor cancerosi.

Alte medicamente recunoscute ca având acest efect nu au fost la fel de eficiente. În 1973 câtiva pacienti cu leucemie -o formă de cancer- au fumat considerabil marijuana si au descoperit că le reduce starea de greată si că a actionat ca un veritabil stimulent pentru apetit. Scăderea apetitului si scăderea în greutate sunt probleme majore în tratarea pacientilor cancerosi.

Canabisul a fost considerat ca o metodă de tratament si în cazurile de *astm, anxietate, convulsii si depresii.* Unii cercetatori au sugerat că marijuana este si un relaxant muscular, un calmant pentru dureri si un agent ce luptă împotriva durerilor.

Comitetul Institutului de Medicină consideră că potentialul terapeutic detinut de marijuana, canabis si derivatele acestora necesită cercetări ulterioare, în scopul de a le explora potentialul în cadrul tratamentelor medicale. Totusi, fără prescriptie medicală, potentialele daune asupra organismului depăsesc calitătile cunoscute ale acestora.

Efectul marijuanei asupra corpului omenesc

După trei sau patru decenii de studii în acest domeniu, cercetătorii au găsit dovezi referitoare la efectele dăunătoare ale fumatului asupra căilor respiratorii.

Fumatul marijuanei este, de asemenea, nociv. Actul fumatului este legat de aparitia asmului, bronsitelor, emfizemelor, a afectiunilor cardiace si a numeroase forme de cancer, vizând în special plămânii.

Fumatul este, de asemenea, legat de cresterea complicatiilor din timpul sarcinii si a travaliului. Un copil cu mama fumătoare poate avea o greutate mai mică la nastere decât copilul unei nefumătoare.

Fumul tigărilor cu marijuana contine multe dintre substantele specifice fumului de tigări obisnuite, cum ar fi *monoxidul de carbon si gudronul.* Pe de altă parte însă, contine si alti ingredienti: marijuana are *50% mai mult gudron decât tutunul,* fumul său este încă si mai iritant si are un *efect si mai puternic asupra căilor respiratorii superioare* (sinusurile si laringele). De asemenea, *iritä si traheea si bronhiile* si cu cât fumul este mai adânc tras în plămâni si retinut la acest nivel mai mult timp, cu atât este mai mare si gradul de intoxicare.

Canabisul impreuna cu derivatiile lui (marijuana, iarba, hasis, ganja) se fumeaza sub forma de tigari sau in pipe si este comercializata in scoli, licee, campusuri universitare. Fumatorii de "iarba" au ochii inflamati, sunt ametiti si confuzi, rad mult, au o stare euforica. Se simt eliberati de toate inhibitiile si le creste pofta de mancare (mai ales pentru dulciuri).

Fumul ***lezează tesuturile si celulele plămânilor responsabile cu apărarea împotriva virusilor si infectiilor.*** Este foarte posibil ca fumatul marijuanei, ca si cel al tutunului, să cauzeze tumori canceroase.

Există în marijuana ciuperci, bacterii, ierbicide si alte substante chimice care pot contamina planta însăsi si dăuna plămânilor sau altor organe. Ierbicidele, în special una numită ***paraquat*** poate afecta plămânii, inima, ficatul, glandele suprarenale, muschii, splina si cortexul (acea parte a creierului care "gândeste").

Munca inimii este îngreunată. Cresterea numărului de bătăi ale inimii si a presiunii sângelui poate fi comparată cu aceea pe care o suferă o persoană aflată intr-o stare de stres extrem. Totodată, presiunea sângelui poate scădea pâna la valori anormale. Are loc cresterea nivelului de monoxid de carbon si descresterea nivelului de oxigen.

De asemenea, sistemul imunitar, care protejează organismul împotriva virusilor, bacteriilor si infectiilor. Marijuana afectează, de asemenea, si sistemul imunitar care protejează omul împotriva virusilor, infectiilor si bacteriilor. S-a mai descoperit că aceasta interferează cu celulele care joacă un rol important in lupta împotriva virusilor si cancerului. Folosită ocazional, marijuana poate stimula sau inhiba performantele sexuale, dar utilizatorii frecventi se plâng de o descrestere a apetitului sexual.

Numărul spermatozoizilor descreste si mobilitatea le este diminuată, ceea ce poate avea importante efecte în fertilitate. Marijuana poate afecta sistemul endocrin care controlează hormonii si metabolismul si poate cauza o crestere a situatiilor de dezagregare a cromozomilor si astfel a defectelor la nastere ale copiilor.

Este stiut că marijuana cauzează modificări asupra chimismului creierului. Este inhibată actiunea acetilcolinei - un neuron ce transferă informatia de la o celulă la alta - explicându-se astfel efectul negativ al marijuanei asupra memoriei.

Fumatul marijuanei are un spectru larg de implicatii si la nivelul comportamentului si stărilor afective. Ea împiedică coordonarea miscărilor, pierderea abilităților si a functiilor perceptuale si senzoriale. Rapidele schimbări de stare pot produce scurte perioade de anxietate, confuzie sau chiar forme asemanatoare nebuniei.

În concluzie marijuana este un drog care nu trebuie folosit nici măcar accidental.

Dependenta de marijuana

O serioasă amenintare cauzată de utilizarea repetată a oricărui tip de drog, inclusiv marijuana, este folosirea abuzivă a acestuia. Cei ce abuzează de un drog sunt aceia care nu numai că il folosesc in mod curent, ci cred că nu pot trăi fara el. Aceasta stare este numită "**dependentă**".

O persoană care abuzează de marijuana sau de oricare alt drog, actionează in general astfel datorită unor probleme de natură psihologică. Abuzul de marijuana trebuie tratat in acelasi fel ca in cazul abuzului de oricare alt drog: cu suport psihologic din partea unui personal calificat, cât si din partea familiei si prietenilor.

In timp ce unii consumatori de marijuana sunt deschisi în a admite acest lucru, cei mai multi îl ascund. Este mult mai usor de recunoscut un prieten sau o rudă consumatoare de marijuana, deoarece putem mult mai usor observa schimbările de comportament.

Unele semne de avertisment in cazul abuzului de marijuana sunt:

(1) ochi iritati,
(2) tuse cronică,
(3) tinută neingrijită,
(4) menstră neregulată la femei,
(5) iritabilitate,
(6) lapsusuri,
(7) schimbări recente, vizibile, de personalitate,
(8) paranoia, suspiciune si ostilitate,
(9) stări de trecere de la pasivitate la agresivitate fără un motiv clar,
(10) stare de oboseală si apatie sau de depresie si letargie,
(11) dificultăti de vorbire,
(12) schimbarea dietei alimentare,
(13) scădere bruscă a realizărilor scolare,
(14) posesie a oricărui drog,
(15) disparitia nejustificată a unor sume de bani ai familiei,
(16) acuzarea unor stări neplăcute in mod frecvent, fără găsirea unor explicatii de ordin medical,
(17) probleme relationale sau frecvente dispute cu prietenii,
(18) comportament ascuns, incluzând instrăinarea si retragerea,
(19) permanente discutii despre marijuana sau utilizarea ei.

Dacă cineva observă o combinatie a acestor simptome la o persoană pe care o iubesc sau la care tin, utilizatorul trebuie să fie pus in fata acestora si indrumat să se trateze.

Dependentul lasă adesea urme ale utilizarii drogului, ca strigăt de ajutor si atragere a atentiei.

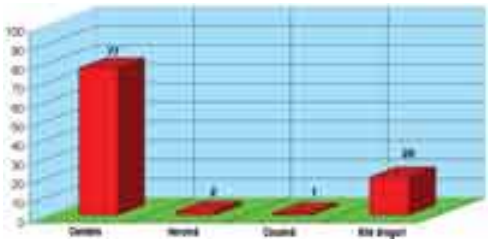
CIUPERCILE HALUCINOGENE

Ciupercile halucinogene au efecte similare cu ale canabisului. Riscul consta in confundarea lor cu alte ciuperci otravitoare. Ciupercile afrodisiace pot fi mancate proaspete sau uscate. Cresc spontan in Marea Britanie. Pot fi sub forma de pilule rosii sau albe, fiole. Se inghit sau se injecteaza. Au acelasi efect ca heroina.

INHALANTII

InhalantiI constituie drogul folosit mai des de copii (aurolaci). Suprima senzatia de frig si foame. La nivelul creierului, inhalantii pot schimba reactiile chimice precum si modul in care neuronii transmit mesajele.

Produc trairi asemanatoare intoxicarii cu alcool. Provoaca stari de ameteala si halucinatii. Provoaca afectiuni ale vazului si aparatului respirator, curgerea nasului, hemoragii nazale, voma, dureri de cap. Inhalantii pot fi cauza incetarii respiratiei sau a functionarii inimii, produc afectiuni definitive ale creierului, dar si ale ficatului, rinichilor, oaselor, celulelor sanguine si ale altor organe.



LSD (DIETILAMIDA ACIDULUI DEXTRO-LISERGIC)

Nu se mai foloseste in medicina si produsul provine numai din laboratoare clandestine.

MOD DE PREZENTARE:
- sub forma unui lichid incolor, insipid, inodor.
- pudra alba, casanta sub forma de mici pilule, sub forma de comprimate, albe sau colorate avand continut de 50 micrograme.
- poate fi conservat pe hartie sugativa, timbre postale, fluturasi adezivi sau cuburi de zahar.
- o doza obisnuita contine 100-200 micrograme.

EFECTE:
- Flashback - senzatie de calatorie cu retrairea efectelor unor experiente anterioare. In acest moment consumatorul este foarte periculos si violent.

-creeaza halucinatii in sensul unor viziuni si transformari ale obiectelor inconjuratoare.

Si codeina este considerata drog. Evident ca lista este mult mai mare, fara sa mai pomenim de medicamentele speciale care se elibereaza numai cu reteta si pentru care detinerea sau comercializarea fara prescrierea medicului se pedepseste, cum ar fi de exemplu banala Codeina.

LSD este o substanta chimica care modifica modul de a percepe lumea, apar halucinatii, consumatorul devine agitat, poate sari de la etaj, il sperie orice zgomot, tremura. Dupa un anumit timp apare o stare de depresie, dorinta de a reutiliza drogul. LSD, tablete subtiri, colorate ce se iau pe cale bucala, sau o pulbere alba, cristalina, incolora si insipida. Produce stari de transa, agitatie, confuzie, frisoane, euforie, depresie, pupile dilatate, puls si tensiune marite, halucinatii.

Datorita structurii sale, similare cu o substanta prezenta in creier si datorita efectelor similare cu anumite psihoze, LSD a fost folosit in cercetarea bolilor mentale. Efectele fizice includ: dilatarea pupilelor, scaderea temperaturii corpului, greata, piele de gaina, cresterea glicemiei si a ritmului cardiac.

In faza halucinatorie, el are modificari in perceptia spatiului si a timpului, insotite de perceptia distorsionata a marimii si formei obiectelor, a miscarilor, culorilor, sunetelor, atingerii si abilitatea consumatorului de a percepe obiecte prin intermediul simturilor. El poate descrie ca aude culori si vede sunete. Abilitatea de a judeca rational si de a vedea pericolul este tulburata, facand consumatorul susceptibil la acte de autoagresiune.

AMFETAMINELE

- exista sub mai multe forme si combinatii: amfetamine, metamfetaminasi dexamfetamina.

PREZENTARE: sunt sub forma de comprimate, capsule, pulbere alba, bej sau lichida (solutie introdusa in capsule).

Amfetamine disponibile pe piata neagra:

-ORTENAL (AMFETAMINA)
-ORTEDRINA (AMFETAMINA)
-BENZEDRINA (AMFETAMINA)
-TONEDRON (METAMFETAMINA)
-METEDRINA (METAMFETAMINA)
-MAXITON (DEXAMFETAMINA)

MOD DE ADMINISTRARE: amfetaminele se consuma pe cale orala, prin inhalare, prin prizare sau prin injectii intravenoase.

EFECTE: se urmareste prelungirea senzatiilor euforice, cresterea capacitatii fizice si psihice, o mai mare incredere in sine, o hiperactivitate motrica si sexuala. In cazul injectarii intravenoase apare un flash violent odata cu incalzirea corpului.
NEDORITE: se dilata pupilele (mitriaza). Apare in faza a doua o depresie ce incita la consum. Tulburari psihice, somnolenta, probleme de alimentatie, impulsuri agresive. Creeaza o dependenta foarte puternica.

Amfetaminele au fost create pentru prima data in Germania prin 1910. Erau distribuite militarilor din primul razboi mondial, ca sa suporte mai usor oboseala si pentru a le stimula agresivitatea. Au un efect asemanator cu cel al cocainei, intervenind prin stimularea norepinefrinei (adrenalina).

Amfetaminele sunt, de obicei, sub forma de pudra alba sau maro, dar pot fi si sub forma de pilule sau capsule si se inhaleaza sau se injecteaza. Utilizarea indelungata poate produce mania persecutiei. Genereaza stari de buna dispozitie, supraexcitare. Efectele amfetaminelor sunt mai mult fizice si mai putin psihologice.

Amfetaminele sunt droguri, medicamente care măresc viteza de reactie a corpului. Ele fac inima să lucreze mai repede si pompează adrenalina in sistem. Initial sintetizate intre cele două războaie mondiale, au fost folosite ca drog militar pentru a le da soldatilor mai multă energie si a le mari viteza. Uzul medical al amfetaminelor era un lucru obisnuit in anii 50 si 60 cand erau folosite in mod sălbatic pentru combaterea depresiei si pentru scăderea in greutate. Oricum, marea majoritate a firmelor ce le produceau au fost incet eliminate de pe piată. Cel mai comun tip de amfetamine int[lnite pe străzi este o pudră albă numită Amfetamina sulfat. Aceasta este o pudră produsă ilegal, cu concentratii diferite: intre 6% si 10% puritate care, de obicei, costă intre 5 si 10 lire sterline per gram si cu puritate intre 25 si 35% costă intre 25 si 35 lire sterline/gram. Amfetaminele Sulfat pot fi prizate pe nas, linse de pe deget sau injectate. Unii le fumează, dar din cauză că nu ard prea bine această metodă nu este foarte intâlnită. Există de asemenea o formă de amfetamină, numită speed, in mod obisnuit numită gheată (dar si cristal, sticlă si inghetată), desi este destul de rar intâlnită. Are efecte similare, dar durează până la 39 de ore si este considerată de profesionisti ca fiind mai puternică si produce o mai mare dependentă decât crack.

Amfetaminele

(Sulph, Whizz, Speed, Billy, Phets)

Ce sunt amfetaminele?

Amfetaminele sunt droguri, medicamente care măresc viteza de reactie a corpului. Ele fac inima să lucreze mai repede si pompează adrenalina in sistem. Initial sintetizate intre cele două războaie mondiale, au fost folosite ca drog militar pentru a le da soldatilor mai multă energie si a le mari viteza.

Uzul medical al amfetaminelor era un lucru obisnuit in anii 50 si 60 cand erau folosite in mod sălbatic pentru combaterea depresiei si pentru scăderea in greutate. Oricum, marea majoritate a firmelor ce le produceau au fost incet eliminate de pe piată.

Cel mai comun tip de amfetamine intâlnite pe străzi este o pudră albă numită ***Amfetamina sulfat***. Aceasta este o pudră produsă ilegal, cu concentratii diferite: intre 6% si 10% puritate care, de obicei, costă intre 5 si 10 lire sterline per gram si cu puritate intre 25 si 35% costă intre 25 si 35 lire sterline/gram.

Amfetaminele şi derivaţii acestora (MDMA, MDEA, MDA, DOB) pot fi găsiţi pe piaţă sub formă de pulbere (amfetamina) sau tablete (amfetamina si ATS). Pastilele sunt de diferite forme, mărimi şi culori. Ar mai putea conţine, pe lângă amfetamină, cafeină şi lactoză. Preţul pentru o tabletă variază între 7-15 dolari SUA.

Amfetaminele Sulfat pot fi prizate pe nas, linse de pe deget sau injectate. Unii le fumează, dar din cauză că nu ard prea bine această metodă nu este foarte intâlnită.

Există de asemenea o formă de amfetamină, numită ***speed***, in mod obisnuit numită ***gheată*** (dar si ***cristal, sticlă si inghetată***), desi este destul de rar intâlnită. Are efecte similare, dar durează până la 39 de ore si este considerată de profesionisti ca fiind mai puternică si produce o mai mare dependentă decât crack.

Ecstasy

Ecstasy este o substanta sintetica, ce deriva de la amfetamine, produsă pentru prima data in 1914. MDMA, numit si Adam, Ecstasy sau X-TC este un drog sintetic, psihoactiv, halucinogen si cu proprietati asemanatoare amfetaminelor.

Spread: Drogurile "imitatii" sunt des consumate si pe scara larga. Ecstasy, de exemplu, a fost consumat de cel putin o data de 8% dintre tinerii din Europa de Vest. Este foarte popular la petrecerile techn-rave. Ultima intrare pe "piata sintetica" este "roofise" sau "intalnire-viol-drog", un drog fara gust, ce poate fi strecurat in bautura victimei fara ca aceasta sa stie in scopul de a fi violata sau jefuita dupa ce acesta isi face efectul si viitoarea victima adoarme. Acest drog ii face neajutorati in fata violului sau jafului.

Cum este folosit:

Drogul poate fi inghitit sub forma unei pastile sau a unei solutii, amescatecata in diferite bauturi.

Efect pe termen scurt:

Specifice pentru Ecstasy sunt ca efecte senzatia de gat si gura uscate, transpiratie excesiva si crestere a presiunii sangelui. Drogurile, in general, reduc senzatia de foame si oboseala si stimuleaza abilitatea de coordonare a corpului. Consumatorul lui se va simti relaxat si in completa armonie cu toti prietenii si tot ceea ce il inconjoara.

Supradoza: Consecintele supradozei la ecstasy n-au fost explorate in totalitate inca, dar surse sigure indica posibilitatea dereglarii activitatii inimii, temperatura corpului foarte ridicata care duc la moartea consumatorului.

Efect pe termen indelungat si consecinte: Consumul frecvent si pe termen indelungat poate conduce la stari de frica, panica si confuzie.

Efectele asociate consumului de MDMA sunt probleme psihice, incluzand confuzie, depresie, tulburari ale somnului, anxietate severa, nevoia irezistibila de a consuma drogul si paranoia, in timpul consumului sau dupa.

Simptomele fizice sunt: tensiuni musculare, sfaramarea involuntara a dintilor, vedere incetosata, miscari rapide ale ochilor, stare de lesin, frisoane.

MDMA, la fel ca si metamfetaminele, distruge neuronii producatori de serotonina, neurotransmitator ce joaca un rol direct in reglarea agresivitatii, dispozitiei, activitatii sexuale, somnului si sensibilitatii la durere. Din acest motiv, MDA si MDMA sunt asociate cu trairea unor experiente sexuale, relaxare si sociabilitate deosebite.

Efectele folosirii pe termen scurt

Amfetamina Sulfat dă celor care o folosesc extra energie pentru 4-6 ore, previne somnul, reduce apetitul, măreste viteza inimii, accelerează respiratia si dilată pupilele. Consumatorii acestei amfetamine se simt plini de energie, mai veseli si increzători si din cauza acestor efecte există un risc foarte mare al ***dependentei psihologice***. Consumatorul poate simti de asemenea si o usoară senzatie de gâdilare când este atins.

Resursele de energie ale organismului sunt consumate rapid din cauza lipsei alimentelor, somnului si creste cerinta acestuia de noi resurse. Din această cauză consumatorul se simte adesea obosit la cateva zile după folosirea drogului. Cu această senzatie de oboseală consumatorii se pot simti de asemenea iritati, anxiosi si nelinistiti. Dozele mari, mai ales dacă sunt repetate des in doar cateva zile, in unele cazuri, produc delir, panică, halucinatii si sentimentul de paranoia.

Consumul excesiv poate slăbi consumatorul si rezistenta acestuia in fata bolilor, lucru care poate avea efecte secundare negative asupra sănătătii generale a consumatorului.

Efectele folosirii pe termen indelungat

Pentru a păstra efectul dorit, consumatorii trebuie să mărească dozele. Când se opresc, consumatorii sunt adesea depresivi, letargici si extrem de infometati. Amfetaminele nu fac decât *să anuleze senzatia de foame*, inlocuind-o cu o senzatie de satietate.

Consumatorii inrăiti riscă *afectarea vaselor de sange*, *a inimii* mai ales cei care au deja probleme cu o mare presiune a sângelui, probleme cu inima si cei care fac exercitii de fortă in timp ce iau drogul.

Consumatorii care sunt obisnuiti cu doze mari riscă să dezvolte *crize de halucinatii*, *deziluzii si paranoia*. Aceste situatii se pot dezvolta in clasice cazuri de *psihoză paranoică* din care durează luni de zile pentru a-si reveni sau care devin permanente.

Multe femei dintre cele care folosesc amfetamine constată că *menstruatia lor devine neregulată sau se opreste*. Se stie că folosirea de amfetamine si contraceptive duce la cresterea presiunii sângelui, care in timp mai indelungat afectează inima, vasele de sânge si ficatul. Mai mult, amfetaminele pot diminua efectul pastilelor contraceptive a căror eficientă scade simtitor.

Sfaturi de sigurantă

Este posibil să supradozati amfetaminele, fapt care duce la efecte negative asupra organismului si chiar la moarte.

Orice persoană care ia amfetamine pe perioade indelungate de timp este sfătuita să ia complexe de multi-vitamine si suplimente de calciu si să fie atentă la fluctuatiile greutătii si păstrarea acesteia.

Evitati să vă injectati speed. Acest lucru va poate afecta negativ organismul si imprumutul de ace poate transmite, boli si virusuri cum este HIV.

BARBITURICELE

Barbituricele au fost in trecut unele din cele mai folosite droguri ce deprima centrii nervosi. Erau niste medicamente foarte raspandite prescrise pentru inducerea relaxarii si a somnului. Ele pot fi obtinute in mod legal, fiind prescrise de catre medic, sau de pe piata neagra.

Cele mai des folosite barbiturice sunt: amobarbital, ciclobarbital, fenobarbital, tiopental, seconal. Amitalul se administreaza sub forma de tablete sau capsule de diferite culori. Efectele fizice ale barbituricelor seamana cu intoxicatiile alcoolice, vorbire greoaie si dezorientare. O supradoza poate duce la dilatarea pupilelor, respiratie superficiala, tegumente umede, slabire, puls accelerat, coma si chiar moarte.

EFEDRINA

Efedrina este un drog administrat intravenos, in Republica Moldova este folosit de catre 25 la suta dintre utilizatorii de droguri. Da impresia de placere infinita, putere si vigoare, creste mult instinctul sexual.

Dependenta se instaleaza dupa prima injectare. Determina stari de nervozitate si violenta, este cauza multor violuri si infractiuni.

Consumatorii care folosesc droguri intravenoase sunt expusi riscului infectarii cu virusul SIDA si hepatitei B, D - prin acele contaminate.

OPIUL

Substanta extrasa din sacrificarea capsulei inca verzi a macului opiaceu.

COMPOZITIA CHIMICA:

alaturi de minerale si apa, contine si alcaloizi cu structura chimica inrudita cu cea a morfinei. - morfina (10%)
- codeina (1-3%) se obtine prin procedee chimice plecand de la morfina
- tebaina (0.2%) cu structura chimica inrudita cu cea a papaverinei: (0.5-1%), cu structura

chimica inrudita cu cea a noscapinei (3-8%)

MOD DE ADMINISTRARE:

- se ingereaza ca atare sub forma de decoct

- se fumeaza cu pipa. Se confectioneaza o bobita mica de opiu care se moaie la flacara, dupa care se pune intr-o pipa speciala. Pipa este adusa deasupra unei flacari si se aspira fumul care se degaja. Reziduul se numeste DROSS si se pastreaza pentru a fi folosit ulterior.

HEROINA

Istoric.

Calităţile narcotice şi inductoare de somn ale plantei poppy au fost cunoscute umanităţii de-a lungul istoriei. Scrierile sumeriene din timpul Mesopotamiei (5.000 -4.000 î.e.n.) se refereau la poppy, iar referirile medicale la opium apăreau în tabelele medicale asiriene. Scrierile lui Homer indicau faptul că grecii utilizau subsatnţa chiar din anul 900 î.e.n.

Hipocrate (400 î.e.n.) se referea la opium. Romanii au aflat de opium probabil în timpul cuceririlor din estul mediteranei. Galen (130 – 200 e.n.) era un avocat entuziast al virtuţilor opiumului, iar lucrarea sa a devenit prntru sute de ani o autoritate supremă asupra subiectului.

Arta medicinii a fost păstrată de civilizaţia islamică ce a urmat Imperiului roman. Opiumul a fost introdus de către arabi în Persia, China şi India. Paracelsus (1493 – 1541), profesor la Universitatea din Basel, a introdus laudanum, o tinctură modernă a opiumului.

Le Mort, profesor de chimie la Universitatea din Leyden (1702 – 1718) a descoperit analgezicul, util pentru controlul diareei, prin combinarea camforului cu tinctura de iod.

Deşi opiumul este cunoscut încă din antichitate nu există o istorie clară asupra aspectelor de dependenţă. Deoarece până în sec.19 existau puţine alternative terapeutice, opiumul a fost oarecum un panaceu medical. Astfel, deşi a existat o realizare chiar din 1701 a medicului londonez Jones, care a vorbit suficient despre utilizarea opiumului, totuşi, până în zilele noastre nu a existat o istorie asupra preocupării.

În sec.19, în Vest opiaceele erau uşor accesibile sub forma unei varietăţi de patente medicinale. Medicii le prescriau la liber, erau uşor de obţinut fără restricţie şi erau utilizate de către toate clasele sociale. La un moment dat, rata ridicată de utilizare a acestor medicamente în problemele ginecologice au contat probabil pentru rata ridicată de dependenţă înregistrată în rândul femeilor (3:1 faţă de bărbaţi). Invenţia acului şi administrarea repetată a dus la 400.000 consumatori doar în războiul civil din SUA.

Este o greşeală să se creadă că injectat în venă nu se va dezvolta dependenţă considerându-se că substanţele nu mai ating stomacul.

Spre finele sec.19, diverşi „indezirabili" cum ar fi gunoierii şi prostituatele, au început să fie asociaţi cu consumul de opiacee, iar narcoticele au devenit asociate din ce în ce mai mult cu elementele aşa-numite criminale, decât cu terapia medicală. Începând cu sec.20, uzul de narcotice a devenit o problemă mondială şi astfel au apărut diverse regulamente naţionale şi internaţionale care să controleze traficul de opium în Estul apropiat şi îndepărtat.

Astăzi, consumul de narcotice a început să fie răspândit în clasa tinerilor şi ceea ce este interesant, că acea clasă mijlocie priveşte la dependenţa de narcotice ca la o problemă de sănătate mentală. Când este asociată cu cantinele sărace aceasta este considerată o problemă a poliţiei.

Opiaceele nu au fost încă depăşite în capacitatea de a elimina durerea. Opiumul este un exudat lăptos. Obţinut din seminţe ale plantei Papaver somniferum, plantă ce creşte în mod natural pe suprafaţa Asiei. Din vreo 20 de alcaloizi descoperiţi în opium doar câţiva au principii acive farmacologice. Constituenţii principali ai opiumului sunt:

- morfina 10 %;
- papaverina 1 %;
- codeina 0,5%;
- thebaina 0,2%.

Morfina, heroina si metadona derivă din opium şi fac parte din grupa de droguri denumite generic "opioide". Din punct de vedere medical, morfina este un medicament foarte puternic, folosit pentru diminuarea durerilor. Morfina, ca si alte derivate ale opiumului, sunt folosite pentru a trata tusea, pentru a reduce miscarile intestinale (diareea) si pentru a induce o stare psihologica de indiferenta. Heroina, un preparat sintetizat din morfina, a fost introdus in 1898 - ca inlocuitor pentru morfina - pentru a innabusi durerile produse de tuse. Dar potentialul de creere a dependentei a fost curând recunoscut, heroina fiind interzisa in unele state chiar si in practica medicala. Cei care au folosit-o spun ca imediat dupa ce este administrata, creeaza o adevarata "manie generala". Ea produce, de asemenea, o stare profunda de indiferenta si creste energia individului.

În functie de circumstante, opioidele produc efecte diferite. Cei care au folosit heroina spun ca efectul difera in functie de modul de administrare (injectare, inhalare, ingerare). Manifestarile ulterioare includ anxietate, insomnie, transpiratie, crampe, stari de voma, diaree si febra. In anii '70 cercetatorii au izolat o substanta (enkephalins) care este un fel de somnifer natural. Ei au descoperit ca aceasta substanta se afla in spatele dependentei. Daca acest lucru este adevarat, atunci dependenta de opioide se dezvolta mai ales la persoane care au o deficienta naturala a acestei substante.

Din punct de vedere faramacologic papaverina se distinge de agenţii narcotici şi este lipsită de efecte asupra SNC.

În 1803, un tânăr asistent german, Sertüner a izolat morfina cristalină ca principiu analgezic principal al opiumului.

Codeina se obţine din morfină şi este considerată ca fiind de 1/6 ori mai slabă. Diacetilmorfina sau heroina a fost dezvoltată din morfină de către Compania germană Bayer, în 1898 şi prezintă un potenţial de 10 ori mai mare decât morfina însăşi.

Opiaceele nu sunt substanţe ideale din punct de vedere medical. Se dezvoltă rapid toleranţa şi se instalează complet în cele mai importante membre ale grupului, morfina şi heroina, impunând un grad foarte mar de dependenţă. Mai mult, ele produc depresie respiratorie şi în mod frecvent generează vomă şi emeză (vomă). Ca rezultat, a existat o continuă cercetare pentru substituenţi:

⇒ meperidina (Demerol), sintetizată pentru prima dată în 1939 în Germania constituie un element important în grupa de analgezice fiind de 10% mai puternic decât morfina;

⇒ alpaprodina (Nisetil) este de 1/5 ori mai potent ca morfina, dar are o acţiune rapidă;

⇒ levorfanol (Levo-Dromoran) este un sintetic important fiind de 5 ori mai potent decât morfina;

⇒ metadona, sintetizată în Germania în timpul celui de-al doilea război mondial este comparabil morfinei în ceea ce priveşte potenţialul.

Aceste substanţe sintetice manifestă un factor de toleranţă mult mai favorabil decât cel mai puternic dintre opiacee dar creând dependenţă eşuează în calitatea de analgezic ideal.

Din această serie, codeina prezintă potenţialul adictiv cel mai scăzut, iar heroina cel mai mare.

Heroina - drog opiaceu sintetizat din morfină.

Heroina a fost produs pentru prima dată în 1874 fiind gândită ca substanţă non-adictivă, cât şi cu utilitate în bolile respiratorii şi în dependenţă de morfină, fiind capabilă să elibereze simptomele de sevraj ale morfinei.

Ulterior s-a constatat că manifestă aceleaşi efecte farmacologice ca şi morfina. În multe părţi ale lumii heroina este utilizată ca analgezic (pentru eliberarea de dureri), în special în bolile terminale. Deşi în multe ţări, producerea şi importul drogului sunt interzise şi nefolosită în scopuri medicale, heroina predomină în traficul ilicit de narcotice deoarece produce un potenţial mai mare decât morfina fiind astfel mai uşor în contrabandă.

Heroina este un antidepresiv al sistemului nervos central (SNC), eliminând durerea şi induce somnul. Ea produce o stare de reverie, de bunăstare şi încălzire. De asemenea, produce constricţia pupilelor, depresie respiratorie, care în extremă cauzează moartea.

Heroina activează regiuni cerebrale producând senzaţii euforice şi regiuni cerebrale prin care produce dependenţa fizică. De aici apare capacitatea de a produce atât dependenţă psihologică, cât şi fizică. Caracterul său de dependenţă se caracterizează prin dorinţă persistentă pentru drog, toleranţă (necesitatea pentru doze din ce în ce mai mari pentru a ajunge la acelaşi rezultat) şi sevraj dureros şi periculos. Simptomele de sevraj includ panica, greaţă puternică, crampe musculare, frisoane reci, insomnie.

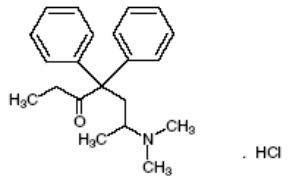
Heroina consumată în perioada de sarcină creşte riscul de avort şi naştere de copil mort. Copiii expuşi consumului de heroină în uter ajung la naştere în sevraj şi manifestă diferite probleme de dezvoltare. Pe lângă pericolul supradozei, dependentul constituie subiectul malnutriţiei, formelor de hepatită, pneumonie şi SIDA.

De obicei, consumatorii îşi injectează heroină intravenos, dar pot injecta şi im sau subcutamat, pot fuma sau aspira. Efectele apar în 3 – 6 ore. În unele cazuri dependenţii se strâng în locuri denumite „galerii de tras", adesea situate în clădiri abandonate.

Folosirea aceluiaşi ac creşte semnificativ riscul de dobândire a SIDA (de la sângele contaminat transmis prin seringă). Diferiţii distribuitori de heroină asigură adesea nume de marcă prodelor lor şi aceasta pentru a asigura rumoarea forţei lor (Death Wish, DOA) sau efecte (Încântarea serii, Magie). Deoarece concentraţia şi tăria drogului sunt variabile ce nu pot fi monitorizate, fiecare administrare poate aduce cu sine posibilitatea instalării supradozei, a bolilor prin contaminare sau exitusul. Consumul de droguri multiple ce includ şi heroină au ca rezultat vizite la camera de urgenţă. De exemplu, „biluţele rapide", un consum de heroină şi cocaină pe traseu iv, moderează prăbuşirea aşteptată la consumul de cocaină. Pe măsură ce pudra de heroină a devenit mai accesibilă în grupurile crescânde ale clasei mijlocii au apărut şi situaţiile de supradoză.

Denumirea internationala

Metadona - denumirea chimica: dimetilamino-6 difenil-4,4 heptanona-3 Sinonime: Dolophine, Depriodol, Phiseptone, Sintalgon

 Methadone Hydrochloride	**Methadone HCl AN148** (dl form) **Hoechst 10820** (dl form) methadone HCl - AN148 - Hoechst 10820 AN148 — methadone HCl Hoechst 10820 — methadone HCl *6-dimethylamino-4, 4-diphenyl-3-heptanone HCl* Este folosită ca analgezici în tratamentul sindromului abstinenţei faţă de opioide. Izomerul 1 manifestă de 8-50 de ori mai mult efecte de potenţare decât izomerul-d care este mai puţin adictiv. LAAM: levo-alpha-acetyl methadone sau levomethadyl acetat. Metaboliţi activi: noracetylmethadol, dinoracetylmethadone şi normethadol. Slabă acţiune de fixare.

Cel mai consumat drog în România este heroina. Puritatea acesteia pe stradă este aproximativ de 30%. Derivaţii amfetaminei (în special Ecstasy) se află pe locul doi în preferinţele consumatorilor de droguri. Procentajul acestui drog sub formă de pastile este de aproximativ 30%. Consumul de heroină este mult mai ridicat decât în 1999, şi a devenit o problemă serioasă de sănătate publică.

Mod de administrare :

- injectata
- inhalata
- fumata

Prezentare

Diacetilmorfina (Diamorfina) este supranumita "heroina" din cauza efectelor sale "energetice", clorhidratul de diacetilmorfina fiind un produs de semi-sinteza.
Cu o concentratie mai ridicata de diacetilmorfina (60-95%), Heroina nr. 4 se prezinta sub forma de pudra mai mult sau mai putin fina, ca atare sau în amestec cu alte substante, de culoare alba, bej sau bruna. Heroina degaja un miros specific, întepator, care poate fi asemanator, uneori cu cel al opiumului. Are un gust mai mult sau mai putin amar.

Heroina pulbere este maro, bej sau gri şi se trafichează sub forma unor mici pacheţele (“bile”) cântărind între 0.01 grame până la 5 grame (bile de o doză sau bile reprezentând doze multiple care trebuie porţionate). Preţul pentru o “bilă” poate varia de la 5 la 10 dolari SUA.

HEROINA sau diacetilmorfina (diamorfina); denumirea se datoreaza efectelor sale de energie si este un produs de semi-sinteza.

Se fabrica in prezent numai in laboratoare clandestine.
Sunt 4 sortimente de heroina, respectiv HEROINA 1, 2, 3 si 4.
- Primele doua tipuri nu sunt cautate fiindca au o concentratie mica de substanta activa.
- HEROINA NR 3. are o concentratie de pâna la 60% DIACETILMORFINA; se mai numeste
- brown sugar
- Hong Kong Rocks

- Vogelfutter

-**HEROINA NR 4**. are o concentratie ridicata de DIACETILMORFINA (60-95%). Aceasta heroina este taiata la toate nivelurile de vanzare cu diferite substante chimice (manitol, lactoza, talc, bicarbonat, etc). Dozele vandute in strada nu contin mai mult de 5-85% diacetilmorfina. Are un gust amarui.

PREZENTARE: sub forma de pudra, mai mult sau mai putin fina sau in amestec cu alte substante de culoare alba, bej sau bruna.

MOD DE ADMINISTRARE:

In special Heroina 3 - se prizeaza (sniffing) cu ajutorul unor dispozitive (tub de metal, plastic, carton rulat, paie de baut).
- se injecteaza (shoot) pe cale subcutanata, intravenoasa sau intramusculara. Drogul se injecteaza dupa ce se dizolva intr-o lingura de apa calduta. Se mai poate amesteca cu citrice sau otet care amelioreaza aciditatea heroinei. Injectiile sunt practicate in brate, in gambe, glezne, sub limba. Heroina se fumeaza, se prizeaza, se inhaleaza sau se injecteaza pe cale subcutanata, intravenoasa sau intramusculara. Injectiile sunt practicate în brate, în gambe, glezne, picioare, sub limba. Heroina mai poate fi prizata cu ajutorul unor dispozitive speciale (tub de metal sau de plastic, carton rulat, paie de baut).

EFECTE CAUTATE: injectia provoaca imediat o reactie intensa de euforie (flash), dupa care urmeaza o stare de relaxare, destindere, senzatii de cautare de sine, stare ce dureaza 2-6 ore. Aceste efecte sunt mai putin puternice cand este prizata sau fumata. Apare dependenta fizica si psihica de la prima administrare.

EFECTE NEFASTE: se ingusteaza pupila (mioza), apar greturi, incetinire a ritmului cardiac si crestere a temperaturii corpului. Pe termen lung pot aparea tulburari intestinale, urinare, hepatita virala, pneumonii. Supradozarea poate fi fatala. In cazul lipsei de drog apare sevrajul care se manifesta prin secretie nazala, lacrimara, sudoripara, spasme, dureri musculare, diaree, deshidratare, crampe abdominale.

DEPISTAREA CONSUMATORILOR:

- seringa hipodermica, pipeta, ac de seringa
- cooking spoon - lingura cu manerul indoit innegrita la foc
- intepaturi de ace pe brate, decolorarea pielii pe antebrat, ingalbenirea acesteia
- suspectul are un aer de somnolenta, este necomunicativ, dezinteresat, are pupilele ingustate, ochii decolorati
- comportament irascibil, agitat, nervos
- inainte de injectare sunt alarmati, apar scurgeri nazale, dureri, mancarimi, cascaturi, dilatarea pupilelor (simptome de sevraj)

Heroina, PCP (phencyclidine), mai cunoscuta ca **"Angel Dust"**, afecteaza memoria, perceptia, puterea de concentrare si judecata si poate declansa comportament violent si psihoze.

Heroina este o substanta semisintetica, derivata a opiumului, produsa pentru prima data in 1897. Seamana cu o pudra a carei culoare variaza intre maro inchis si alb. Este vanduta in pachetele de celofan, folii, bilute.

Duce extrem de rapid la dependenta fizica si psihica. Se administreaza prin injectare, dar poate fi si inhalata sau fumata. Accesoriile folosite pentru injectarea heroinei includ ace hipodermice, bile mici de bumbac pentru filtrare, apa si linguri, capace de sticla folosite pentru lichefierea heroinei.

Accesoriile pentru inhalarea sau fumatul heroinei includ lame de ras, paie si pipe. O singura consumare produce o senzatie de bine urmata de o perioada de apatie, care se caracterizeaza prin lipsa de preocupari, de frica, de durere psihica si fizica. Cel mai mare risc legat de consumarea heroinei este o eventuala supradoza, care daca nu este tratata, poate duce la deces din cauza opririi respiratiei, insotita de dilatarea anormala a pupilei.

Efectele heroinei variaza si consumatorii gasesc dificil sa descrie si sa prezica ce se intimpla sau se poate intampla odata ce s-au drogat. PCP poate cauza nebunie temporara, comportament violent si psihoza. Consumatorii vor fi adesea deziluzionati de capacitatile lor si de ceea ce pot sa faca. Ei cred ca pot face lucruri extraordinare. Au fost nenumarate situatii in care consumatorii de heroina au sarit de pe cladiri crezand ca pot zbura.

Exageram absolut tot ceea ce mi se intampla. Parea totul in regula si pozitiv, dar dupa aceea parca eram cuprins de o ceata intunecoasa care se lasa peste mine si mintea mea. Poti fi intr-o multime de oameni si fara nici un motiv real sa te apuce nebunia si violenta.

- consumator heroina

Desi productia de heroina este ilegala in aproape toate tarile lumii aceasta exista in continuare. Uneori poate nici nu este PCP, dar este tot o forma letala a acestui drog. Consumatorii nu pot fi niciodata siguri de ceea ce cumpara, asa ca de fiecare data isi risca viata.

Drogurile ilegale sunt definite in termenii dati de formulele lor chimice. Pentru a ocoli aceste restrictii legale, chimistii care se ocupa cu asa ceva modifica structura moleculara a drogurilor interzise prin lege pentru a produce droguri similare. Aceste droguri pot fi chiar mai puternice decat cele pe care le copiau initial. ***China White si DMA (ecstasy)*** sunt droguri "imitatii" de care se abuzeaza.

Spread:

Drogurile "imitatii" sunt des consumate si pe scara larga. ***Ecstasy***, de exemplu, a fost consumat de cel putin o data de 8% dintre tinerii din Europa de Vest. Este foarte popular la petrecerile techn-rave. Ultima intrare pe "piata sintetica" este ***"roofise"*** sau ***"intalnire-viol-drog"***, un drog fara gust, ce poate fi strecurat in bautura victimei fara ca aceasta sa stie in scopul de a fi violata sau jefuita dupa ce acesta isi face efectul si viitoarea victima adoarme. Acest drog ii face neajutorati in fata violului sau jafului.

Cum este folosit:
Drogul poate fi inghitit sub forma unei pastile sau a unei solutii, amescatecata in diferite bauturi.

Efect pe tremen scurt:
Specifice pentru *ecstasy* sunt ca efecte senzatia de gat si gura uscate, transpiratie excesiva si crestere a presiunii sangelui. Drogurile, in general, reduc senzatia de foame si oboseala si stimuleaza abilitatea de coordonare a corpului. Consumatorul lui se va simti relaxat si in completa armonie cu toti prietenii si tot ceea ce il inconjoara.

Efecte fiziologice

Toate tipurile de opiacee şi sinteticele derivate produc aproape acelaşi tip de efecte fiziologice. Toate sunt similare acţiunii morfinei şi diferă una de cealaltă în principal prin gradul de

manifestare. Majoritatea răspunsurilor fiziologice sunt provenite de la SNC şi de la muşchiul neted al tractului gastrointestinal.

Aceste efecte sunt complexe şi variază în funcţie de dozaj şi de ruta de administrare (iv, subcutanat, oral). Apar atât efecte depresive, cât şi de stimulare.

Acţiunea depresivă implică cortexul cerebral având ca şi consecinţă narcoza, depresia generală şi reducerea în percepţia urerii. De asemenea, sunt implicate: hipotalamusul şi celulele stem cerebrale, inducându-se sedarea; medula cu efecte asociate asupra respiraţiei, reflexul de tuse şi centrul vomei (efect ulterior).

Acţiunea de excitare implică măduva spinării şi reflexele sale, centrul vomei (efect preliminar), al X-lea nerv cranian având ca şi consecinţă încetinirea ritmului cardiac şi, al III-lea nerv cranian având ca rezultat constricţia pupilelor.

Efectele asociate ale acestor acţiuni includ greaţa, voma, constipaţia, prurit pe regiunea facială, transpiraţia, căscatul, înroşirea pielii, o senzaţie de cald în stomac, scăderea temperaturii corpului, diminuarea ritmului respiraţiei şi greutatea limbii.

Supradoza:
Consecintele supradozei la ecstasy n-au fost explorate in totalitate inca, dar surse sigure indica posibilitatea dereglarii activitatii inimii, temperatura corpului foarte ridicata care duc la moartea consumatorului.

Efect pe termen indelungat si consecinte:
Consumul frecvent si pe tremen indelungat poate conduce la stari de frica, panica si confuzie.

Heroina, PCP (phencyclidine), mai cunoscuta ca "Angel Dust", afecteaza memoria, perceptia, puterea de concentrare si judecata si poate declansa comportament violent si psihoze.

Efectele heroinei variaza si consumatorii gasesc dificil sa descrie si sa prezica ce se intimpla sau se poate intampla odata ce s-au drogat. PCP poate cauza nebunie temporara, comportament violent si psihoza. Consumatorii vor fi adesea deziluzionati de capacitatile lor si de ceea ce pot sa faca. Ei cred ca pot face lucruri extraordinare. Au fost nenumarate situatii in care consumatorii de heroina au sarit de pe cladiri crezand ca pot zbura. " Exageram absolut tot ceea ce mi se intampla. Parea totul in regula si pozitiv, dar dupa aceea parca eram cuprins de o ceata intunecoasa care se lasa peste mine si mintea mea. Poti fi intr-o multime de oameni si fara nici un motiv real sa te apuce nebunia si violenta."spune un consumator heroina

Desi productia de heroina este ilegala in aproape toate tarile lumii aceasta exista in continuare. Uneori poate nici nu este PCP, dar este tot o forma letala a acestui drog. Consumatorii nu pot fi niciodata siguri de ceea ce cumpara, asa ca de fiecare data isi risca viata. Drogurile ilegale sunt definite in termenii dati de formulele lor chimice. Pentru a ocoli aceste restrictii legale, chimistii care se ocupa cu asa ceva modifica structura moleculara a drogurilor interzise prin lege pentru a produce droguri similare. Aceste droguri pot fi chiar mai puternice decat cele pe care le copiau initial. China White si DMA (ecstasy) sunt droguri "imitatii" de care se abuzeaza.

Efectele heroinei

Heroina injectata provoaca imediat o reactie brutala, violenta, intensa, de placere, euforie si de bine. Acesta este "flash-ul". Urmeaza apoi o faza de relaxare si de destindere, cu inhibitii psihomotrice si senzatii de cautare de sine. Aceasta este "planeta", care dureaza, dupa caz, de la doua la sase ore. Aceste efecte sunt mult mai putin puternice când heroina este prizata sau fumata.

Repetând prizele de heroina în aceeasi cantitate, consumatorul nu poate "trece", se spune ca e "agatat". El trebuie sa mareasca dozele pentru a obtine din nou aceleasi efecte. Dependenta fizica si psihica, ca si toleranta, sunt foarte puternice.

Pe termen scurt, pupila se îngusteaza (mioza), consumatorul resimte greturi, apare depresia centrilor respiratori cu risc de coma si deces, încetinire a ritmului cardiac (bradicardie), cresterea temperaturii corpului (hipertermie).

Pe termen lung, se pot constata tulburari organice importante ca de exemplu tulburari intestinale si urinare, hemoragii, pneumonii infectioase, septicemie, hepatita virala, SIDA. Se poate constata si o scadere a interesului si a activitatii.

Când consumatorul foloseste o doza de heroina mai pura sau în cantitate mai mare decât de obicei, supradoza îi poate fi fatala prin depresie respiratorie marcanta, stare de soc si coma, sau deces.
Din cauza puternicei dependente fizice generata de heroina, când toxicomanul nu are posibilitatea sa-si administreze doza si organismul sau are nevoie de aceasta, apare sindromul de sevraj. Acest sindrom se manifesta prin hipersecretie nazala, lacrimala si sudoripara, spasme si dureri musculare, crampe abdominale, diaree, deshidratare intensa si o puternica angoasa.

UZ MEDICAL: Nu exista

DENUMIRI COMERCIALE: Diacetylmorfina

DENUMIRI IN JARGON: H , baietelul alb , gunoi (rude- opium)

PERIOADA DE DEPISTARE: Una-doua zile

Dependența de heroină

Dependența de heroină, se face adesea împreună cu consumul altor opiacee atunci când heroina singură nu este disponibilă. Tratamentul constă în retragerea clientului din consum, gradual sau imediat. Se poate folosi medicație pentru a ușura efectele fizice ale sevrajului care include, crampe, greață și sete intensă. Substanțele blocante de opiacee cum ar fi Reboxetine (ReVia) pot fi folosite pentru a accelera procesul de sevraj. Ca tratamente adjuvante se impun consilierea, terapie de grup, sprijin alimentar și medicație antidepresivă administrată cu scopul de a regla sistemul nervos. O altă metodă de tratament al dependenței este prescrierea metadonei, un lichid sintetic opioid, ca substitut pentru heroină. În unele țări europene se prescrie chiar heroină.

Consumul de heroină a fost asociat pentru mult timp cu un delict deoarece importul și distribuția sunt ilegale și pentru că foarte mulți dependenți au căzut pe panta prostituției pentru a-și procura sumele de bani necesare cumpărării de drog. În plus, competiția violentă dintre vânzători a avut ca rezultat mai multe crime și decese în rândul spectatorilor inocenți.

Producția de heroină se bucură de sprijinul eșaloanelor superioare. Pentru o foarte mare perioadă de timp Mafia a fost implicată în operații de trafic de heroină, incluzând aici operațiunea din 1950, „French Connection" și 1960, „ Pizza Connection", în care se foloseau saloanele de pizza pentru consum de drog. Alte grupuri de traficanți sunt mai mult structurate pe elemente etnice sau naționale. De exemplu, grupurile de chinezi, Thailandezi, naționalii precum nigerienii, mexicanii au operat în diferite părți ale lumii. Spre deosebire de aceștia, cei ce livrează pe stradă sunt dependenți sau încarcerați în mod frecvent, iar câștigurile lor financiare sunt limitate. Legislația încearcă întreruperea fluxului de heroină cât și a altor droguri, cât și arestarea distribuitorilor și a acelor persoane care comit delicte pentru a-și menține obiceiurile.

Tratamentul diferă în abordare în funcție de motivație, fondul de pregătire al subiectului și de sistemul de sprijin al dependentului.

Tratamentul în sevraj include medicaţie paliativă.

Întreţinerea cu metadonă constituie un tratament controversat prin care heroina este înlocuită cu metadonă şi gradual doza este scăzută până ce subiectul nu mai necesită drog.

Acetatul de Levomethadyl (LAAM) şi buprenorfina sunt substanţe ce au fost aprobate pentru tratamentul de întreţinere în dependenţa de heroină.

Alte modalităţi de tratament pot include consiliere psihologică, grupuri de sprijin desfăşurate într-o suită de 12 paşi şi, servicii educaţionale sau vocaţionale în locaţii rezidenţiale/non-rezidențiale.

DROGURILE ÎN ROMÂNIA

Infractionalitatea si, in special, criminalitatea organizata, intalnita la nivel international, pot fi privite drept „institutii fara frontiere", ale caror raspandire si arie de cuprindere pot rivaliza cu cele mai dezvoltate structuri ale organismelor internationale. Institutiile abilitate in domeniul luptei impotriva traficului si a consumului de droguri din Romania colaboreaza pe plan regional, european si international cu institutii din intreaga lume care au atributii similare. Astfel, in Romania, prin H.G. nr. 154/06.02.2003 s-a aprobat *Strategia nationala antidrog*, care reprezinta programul de actiune la nivel national, definind coordonatele de actiune ale institutiilor abilitate, printre care si Ministerul Apararii Nationale, in lupta impotriva drogurilor. Deschiderea frontierelor de stat, pozitia geografica si, nu in ultimul rand, conflictele militare din fosta Iugoslavie, Afghanistan si Irak au facut ca Romania sa devina un segment important al ***rutei balcanice*** de traficare a drogurilor, cu precadere pe varianta nordica a acesteia, respectiv Iran, Turcia, Bulgaria, Romania, Ungaria, Slovacia, Cehia, Germania, Olanda, Franta si chiar mai departe, ajungandu-se, in prezent, ca tara noastra sa devina o piata profitabila de desfacere a drogurilor. Potrivit unui raport intocmit de Agentia Nationala Antidrog in anul 2003, Romania se regaseste in 3 din cele 5 variante ale ***rutei balcanice*** privitoare la transportul de droguri. In ultimul timp se contureaza, tot mai mult, o ruta dinspre vest spre est (Olanda, Germania), dar si dinspre nord (Ucraina) pentru stupefiantele de sinteza.

Topul drogurilor preferate

La fel ca in intreaga lume, cel mai consumat drog in Romania este canabisul. Din 2001 pâna in prezent s-au capturat peste 30.000 kilograme. In perioada 1991-2003, din totalul drogurilor confiscate in Romania, 77% reprezinta canabis, 2% heroina, 1% cocaina si opiu, iar 20% alte droguri. Potrivit unui studiu realizat la nivel national, pe un esantion de 140.000 de tineri, in varsta de 16 ani, s-a constatat ca 4.000 dintre minori consuma canabis, 850 ecstasy, 400 droguri injectabile si 100 cocaina. Cel mai consumat drog este, in acest moment, ecstasy, fiind urmat de marijuana, heroina si cocaina. Potrivit reprezentantilor Institutului de Medicina Legala, anul trecut, in Romania au murit noua consumatori de droguri, fata de opt decese in 2002 si 12 in 2001.

Daca intr-o perioada de 20 de ani (intre 1970 -1990) s-au descoperit 187 de cazuri in urma carora s-au confiscat 475 kilograme de droguri, (90% dintre persoane fiind cetateni straini), in 2002 recordul a fost de peste 43.000 kilograme. Judetele cu cea mai ridicata infractionalitate privind drogurile sunt : Bihor, Arad, Timisoara, Hunedoara, Iasi, Bacau, Prahova, Constanta, la care se adauga si municipiul Bucuresti. La polul opus se situeaza: Giurgiu, Calarasi, Braila, Tulcea si Valcea. Restul judetelor se remarca printr-o infractionalitate medie. Persoanele implicate in acest gen de infractiuni, intre anii 1989-1999, au avut varste de peste 30 de ani. Incepand cu anul 2000, categoria dominanta a fost intre 21 si 30 de ani. Peste 30% sunt tineri cu varste intre 18 si 21 de ani. 90% sunt barbati, insa numarul femeilor implicate in asemenea „activitati" creste alarmant. Educatia acestor persoane (procent majoritar) se rezuma la nivelul claselor primare sau liceale si sunt in marea majoritate fara ocupatie, cu antecedente penale. In ultimii 3 ani s-au descoperit in Romania 5 laboratoare clandestine in care se fabricau heroina si droguri sintetice. De aici s-au confiscat peste 215 litri de substante utilizate in producerea drogurilor, 75 de kilograme de heroina, inclusiv amfetamina. De asemenea, s-au identificat peste 400 de hectare de culturi neautorizate de canepa. Dintre cetatenii straini, cel mai des implicati in asemenea infractiuni au fost turcii si iranienii. Pentru transportul "marfii" s-au folosit cel mai

des camioanele, atat cele romanesti, cat si cele straine. In topul listei consumatorilor de droguri sunt adolescentii. Ei sunt "agatati" chiar de la portile institutiilor de invatamant. Unele date statistice au scos in evidenta faptul ca numai in Bucuresti ar exista aproximativ 40.000 de persoane consumatoare de droguri. La nivel mondial, numarul actual (monitorizat) al consumatorilor de droguri este de aproximativ 200 de milioane.

MEDII DE DISTRIBUȚIE

Basarabenii si Podul Caminului B

In Campusul din Galati prezenta drogurilor se simtea pana acum, mai mult la nivel de barfa, si de ce sa nu spunem drept ca barfele ii indicau pe cativa studenti basarabeni drept consumatori, mai mult in podul Caminului B. Raziile facute de Brigada de Combatere a Crimei Organizate in caminul B la ceas de noapte, in special in camerele in care locuiau anumiti lideri informali ai basarabenilor, au facut sa creasca suspiciunile. In plus, in podul caminului B s-au gasit anumite semne si ustensile care indicau prezenta consumatorilor de droguri.

Studenti distribuitori de droguri

Sa nu intelegem gresit, deoarece nu toti basarabenii si nu doar ei sunt responsabili de zvonurile referitoare la prezenta drogurilor in campus. Mai mult, luna trecuta Centrul Zonal Antidrog din cadrul B.C.C.O. a retinut un student galatean, care isi facea veacul prin caminele studentesti, respectiv Florica H. student in anul IV la Metalurgie, care avea asupra sa 500 g de canepa indiana (marijuana) de cea mai buna calitate, marfa in valoare de peste 100 milioane lei si din care se puteau face mii de tigari cu care afumai tot campusul cateva luni. Tanarul actiona in complicitate cu ***, care ii furnizase marfa. Aceasta ii va costa peste 10 ani de puscarie pe ambii complici. Ce folos ca dupa asta tanarul F.H. se confesa presei ca nu a realizat ce face, ce il asteapta, ca el era doar un simplu intermediar, si ca ar da orice sa intoarca timpul si sa se gandeasca un pic inainte de a se implica in asa ceva. Daca isi imagineaza cineva cumva ca Politia doarme, se insala amarnic, iar tinerii de mai sus asa au crezut.

Cum ne ferim de droguri?

Prima regula a educatiei impotriva drogurilor este aceea de a intelege ca adolescentii pot lua decizii adecvate, daca le este data o educatie corecta, intemeiata pe argumente stiintifice. Tendinta actuala este de a informa tinerii, cat mai adecvat, pentru luarea unor decizii in cunostinta de cauza. Scopul unui mesaj vizand prevenirea consumului de droguri este simplu: ei trebuie constientizati asupra riscurilor pe care acest comportament le implica. Practica este departe de a fi simpla si perfecta. Cele mai importante elemente necesare pentru dezvoltarea unor astfel de programe sunt: grupul-tinta, stilul si continutul mesajului transmis, dar si mediul folosit pentru a transmite mesajul. Programele de prevenire primara pot fi realizate sub diverse forme: cu sau fara ajutorul scolii ori al mediului educational, in comunitatile locale, prin asociatii religioase, sportive, baruri si chiar in spatii inchise – cum sunt inchisorile. Unele programe de prevenire a consumului vizeaza intreaga populatie insa, adesea, sunt centrate pe sectoare bine definite ale populatiei: copii si adolescenti, minoritati etnice, femei maltratate sau detinuti. Prevenirea consumului de droguri si campaniile de promovare a sanatatii trebuie sa ia in considerare factorii sociali si culturali ai grupului vizat. Minoritatile etnice au rezistente si vulnerabilitati diferite de restul populatiei si, de aceea, mesajele trebuie adaptate acestor conditii.

Specialiştii apreciaza ca **i**n prezent asistam la o crestere a consumului de droguri in randul tinerilor. Daca in 1996 varsta era cam de 18-19 ani, in prezent varsta consumatorilor este de 15-16 ani. Membrii familiei afla ca propriul copil consuma droguri observand cum, de la un timp, le dispar anumite lucruri din casa. In astfel de situatii, intre copii si parinti exista un mare deficit de comunicare. Sunt mai multi factori care il determina pe un tanar sa consume droguri. Cel mai intalnit pare a fi imposibilitatea tanarului de a-si procura pe cai normale senzatii de placere si, de aceea, apeleaza la «iluziile» oferite de doguri. Al doilea motiv ar fi mimetismul. Majoritatea tinerilor, cu spirit gregar, incearca sa nu atraga atentia grupului din care fac parte. Daca ceilalti membri ai grupului sunt consumatori, atunci si el este obligat sa consume pentru a nu «deranja» pe cineva anume. Ultimele tendinte arata ca tinerii obisnuiesc sa consume tot mai mult droguri puternice, precum heroina, iar mai nou, psihostimulentele. Consumul de canabis este un prim pas spre alte droguri. Intoxicatia este, oarecum, scazuta fata de restul drogurilor. Nu este asa de mare ca in cazul heroinei sau cocainei, insa, aici, periculozitatea o reprezinta tendinta respectivei persoane de a se indrepta, in calitate de consumator, spre droguri mult mai puternice. Persoanele care consuma canabis pot ajunge sa consume si droguri tari, aceasta pentru ca organismul tolereaza drogul si doreste sa asimileze mai mult.

„Prima intoxicatie, ne-a precizat maiorul dr. Daniel Vasile, nu este, intotdeauna, cauzatoare de placere. Poate determina chiar senzatii de greata, varsaturi, mai precis disconfort general. Aceste simptome denota ca organismul individului reactioneaza la drog. Sistemul imunitar al acestuia este mai puternic. Daca va repeta aceasta experienta, organismul va slabi. Adesea, pe langa un nou consumator mai stau si alte persoane, un fel de «guru» in cadrul grupului. Aceste persoane au grija sa-l *incurajeze,* spunandu-i ca, daca repeta experienta, a doua sau a treia oara, va simti o stare extraordinar de placuta, euforizanta. Consumul de droguri declanseaza si unele efecte somatice care trebuie amintite, pentru cei din jur, intrucat sunt greu de mimat de consumator. De pilda, volumul pupilei se modifica. In sevraj, consumatorul are niste pupile foarte mari cu o luminozitate crescuta. Acestea sunt semne obiective care trebuie retinute impreuna cu *tulburarile de tranzit*. Persoanele care, frecvent, au *tulburari de tranzit,* cu episoade pseudogripale, ne determina pe noi, medicii, sa inspectam, la acestea, un eventual consum de droguri. Apoi, urmele lasate de injectii, se pot detecta in mai multe locuri la nivelul corpului, a tegumentelor, etc. Privitor la renuntatul la droguri, statisticile arata ca aproximativ 20% dintre tineri reusesc, in cele din urma, sa scape de droguri. Alte statistici mai arata ca se renunta la droguri dupa cel putin 14 tentative esuate. In toate cazurile, renuntatul la droguri necesita o vointa puternica din partea persoanei implicate“.

Taria de a spune „nu“!

Cei mai multi tineri incep sa consume droguri din pura curiozitate, din dorinta de a cunoaste efectele pe care le au asupra lor sau de a obtine noi senzatii, noi trairi. Altii recurg la droguri din **teribilism.** Tinerii sunt tentati sa infrunte riscurile fara a fi opriti de cuvinte precum: *pericol* sau *risc*. **Presiunea grupului** este o alta cauza care ii impinge pe tineri spre droguri. Pentru a nu se face de ras fata de ceilalti camarazi, ei accepta sa consume droguri. In astfel de situatii este foarte important ca persoana implicata sa aiba taria de a spune **„nu !“,** ceea ce poate demonstra, cu adevarat, ca are o personalitate puternica. Sintagma „fii tu insuti“ trebuie luata in calcul mai presus de orice, chiar daca ceilalti gandesc diferit.

Unii tineri consuma droguri pentru a ascunde sau a depasi **problemele zilnice** pe care le au, cum ar fi, de exemplu: divortul, abuzul, indiferenta parintilor, alte nemultumiri legate de scoala, loc de munca etc. Trebuie sa intelegem ca utilizarea drogurilor poate rezolva doar aparent si temporar problemele care, oricum, vor continua sa existe si sa se agraveze. Tinerii care consuma droguri se izoleaza de colectivitate sau de societate. Ei au nevoie de sprijin moral, de consiliere

de specialitate, de prieteni care sa-i ajute sa depaseasca situatia si nu sa si-o agraveze. Asadar, indemnul **„Nu consuma droguri“** poate fi considerat, intotdeauna, un sfat bun. Dincolo de fericirea efemera provocata de praful alb se intinde haosul social si in cele din urma moartea.

Tendinţe legate de drog

a) Informaţii de la diferiţi indicatori şi surse, însoţite de comentarii în legătură cu posibilele motivaţii şi factori care pot fi relevanţi în studierea tendinţelor pentru fiecare drog în parte

b) Analize pentru următoarele substanţe:

- **Cannabis**
- **Droguri sintetice** (amfetamine, ecstasy, LSD, altele/noi)
- **Heroină/opiacee**
- **Cocaină/crack**

Consum multiplu (inclusiv alcool, produse farmaceutice, solvenţi)

Din studiile făcute asupra datelor obţinute de la instituţiile direct implicate în reducerea cererii şi ofertei (Ministerul de Interne, Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Direcţia Generală a Vămilor, Ministerul Educaţiei şi Cercetării) se poate spune că, în cursul anului 2000, România a devenit o ţară de tranzit, depozitare şi consum pentru droguri.

Creşterea semnificativă a cantităţii de droguri capturate de poliţie reprezintă un indiciu al agravării fenomenului. Canabisul, haşişul, heroina şi drogurile sintetice (amfetamine, MDMA, benzodiazepine, barbiturice) reprezintă drogurile cel mai frecvent capturate de către Poliţia Română. Cazurile de trafic ilicit cu metadonă au fost, de asemenea, raportate. Ketamina a reprezentat şi ea o problemă. Au fost găsite pe piaţă mostre de heroină amestecată cu ketamină.

Datele furnizate de poliţie dovedesc faptul că există distribuitori pe tot teritoriul ţării (Moldova, Transilvania, Banat, Muntenia). În cursul anului 2000, s-a înregistrat o creştere a numărului de posesori şi traficanţi de droguri. Din statisticile poliţiei rezultă că fenomenul s-a agravat, în special, în rândul tinerilor din România, aceştia provenind din medii foarte variate (studenţi, elevi, persoane fără ocupaţie, oameni de afaceri). Dacă până la sfârşitul anului 1998, numărul posesorilor de droguri era mai ridicat în judeţele de frontieră (Bihor, Timiş, Constanţa), în 2000 numărul lor a crescut în judeţele din centrul şi respectiv sudul ţării (Cluj, Dolj, Dâmboviţa).

În ultimul timp, substanţele chimice esenţiale şi precursorii au devenit o prioritate în sfera de preocupări a traficanţilor români şi străini din România. Studierea profilului chimic al drogurilor traficate capturate pe teritoriul României, ca şi anumite categorii de activităţi comerciale legate de substanţe chimice, conduse de cetăţeni străini, au făcut obiectul unor analize la nivelul instituţiilor responsabile cu combaterea fenomenului.

Cannabis

Consumul şi traficul de cannabis, obţinut prin procesarea plantei de cânepă, cultivată special pentru acest scop pe anumite suprafeţe în România sau în alte ţări, continuă să fie o problemă a anului 2000, având multiple cauze:

- Cultivarea plantei de cannabis (cannabis sativa) este făcută fără o autorizaţie specială;
- Breşele legislative – Legea 73/1969 nu a fost amendată în urma aderării României la convenţiile internaţionale semnate în 1971 şi 1998;

- Preţul accesibil al preduşilor din cannabis distribuiţi pe piaţă;
- Insuficienta cunoaştere de către consumatori a efectelor devastatoare ale drogului;
- Plasarea acestui drog, în anumite ţări occidentale, în categoria "drogurilor uşoare".

Droguri sintetice (amfetamine, ecstasy, LSD)

Amfetaminele şi derivaţii lor sunt droguri de sinteză, întâlnite mult mai frecvent pe piaţa ilicită şi în rândul consumatorilor în anul 2000, comparativ cu anii trecuţi. Poliţia a făcut confiscări de amfetamine şi derivaţi ai acestora (Ecstasy, Adam) şi a raportat o creştere a consumului într-o serie de erii geografice din ţară. Dezvoltarea acestui fenomen s-a datorat anumitor cauze:

- Derivaţii amfetaminei nu erau incluşi în lista-anexă la legea naţională cu privire la regimul substanţelor narcotice, până la adoptarea Legii 143/2000;
- Neinformarea tineretului în legătură cu efectele dăunătoare ale acestor droguri.

Heroină/Opiacee

În anul la care ne referim, traficul şi consumul de heroină au cunoscut o evoluţie ascendentă. Venită pe diferite rute de traficare, heroina a fost capturată de Poliţia Română atât la frontieră, cât şi în diferite zone din ţară. Puritatea acesteia variază foarte mult, de la 0.2% până la 60%. S-a constatat că cea mai mare cantitate de heroină confiscată în cursul anului 2000 a fost incomplet sintetizată, substanţa activă – diacetilmorfina (heroina) regăsindu-se într-un procent mic în produsul final, alături de alţi produşi de reacţie şi impurităţi. O altă caracteristică a fenomenului a constat în diluarea heroinei cu alţi produşi având propriile lor efecte farmaceutice (paracetamol, cafeină, fenobarbital, diazepam, lactoză, manitol). Cea mai uzitată cale de administrare a fost injectarea, crescând astfel riscul diseminării anumitor boli cu transmitere virală (HIV, hepatitele).

Inexistenţa unui lanţ terapeutic complet pentru tratarea dependenţilor de heroină a condus la creşterea numărului de recăderi, recuperarea lor totală fiind, practic, imposibilă. Substituţia cu metadonă, ca şi alte terapii alternative, s-au făcut aleatoriu, în funcţie de experienţa psihiatrilor şi a criteriilor alese de aceştia, întrucât nu există încă un personal specializat în acest domeniu. S-au mai raportat cazuri de deviere a unor medicamente cu conţinut narcotic din circuitul legal (petidină, hidromorphon, piritramidă).

Cocaină

Consumul şi traficul de cocaină este relativ scăzut. Puritatea înaltă a cocainei capturate din circiutul ilicit (70%), ca şi preţul foarte ridicat al dozelor sunt motive suficient de puternice pentru a menţine un nivel scăzut al consumului acestui drog.

Medicamente

Legislaţia incompleta a actualului sistem farmaceutic face încă posibilă eliberarea fără prescripţie medicală a anumitor medicamente conţinând principii psihotrope active sau care acţinează asupra organismului prin mecanisme similare drogurilor.

Nu au fost luate măsuri de reducere a accesului populaţiei la anumite medicamente care, în supradoză, pot induce serioade intoxiacţii sau chiar moartea. Astfel, a crescut numărul celor care folosesc, fără motivaţie medicală, medicamente care pot induce o dependenţă psihică (benzodiazepine, barbiturice), şi care pot afecta funcţionarea unor organe vitale şi chiar pot produce moartea.

Consumul multiplu (inclusiv de alcool)

În anumite momente, în grup sau solitar, consumatorii dependenţi, ocazionali sau recreaţionali consumă mai multe substanţe care, acţionând sinergic sau nu, induc starea de dependenţă. Din probele prelevate de la posesorii ilegali, s-a constatat:

- Administrarea heroinei în asociere cu doze mari de codeină;
- Administrarea de trihexifenidil (Trihexiphenidyl) amestecat cu alcool;
- Amestecarea cocainei cu cofeină;
- Administrarea amfetaminelor cu alcool.

Solvenţi

O problemă gravă a societăţii o reprezintă inhalarea, de către anumite categorii de tineri, a unor solvenţi existenţi în compoziţia multor produse distribuite fără restricţie în România (lacuri, vopseluri). Aceşti solvenţi volatili, al căror component major este toluenul, induc, după inhalare, o stare reversibilă de dependenţă psihică. Numărul consumatorilor este în continuă creştere, fără să se cunoască cifra reală. Cel mai mare risc îl constituie posibilitatea acestora de a se îndrepta către droguri care produc dependenţă ireversibilă.

Dopajul.

Substanţele anabolizante nu sunt supuse unui control special în România. S-au raportat cazuri de dopaj în rândul sportivilor de performanţă, sancţionate de federaţiile sportive cărora le aparţin aceştia. Posesia de astfel de substanţe în vederea distribuirii nu este pedepsită în conformitate cu legislaţia română în vigoare, deoarece substanţele folosite pentru dopaj nu figurează pe lista substanţelor narcotice şi psihotrope.

Concluzii

Acest capitol ar trebui să sintetizeze principalele aspecte ale tendinţelor, modelelor şi contextelor sociale.

Principalele tendinţe de consum şi consecinţe

În anul de referinţă 2000, fenomenul consumului de droguri a cunoscut o extindere la nivelul întregii ţări, cuprinzând segmente foarte variate de populaţie, iar drogurile consumate acoperă largă de produşi: cannabis, amfetamine, heroină, opium şi cocaină. Calea de administrare a drogurilor diferă în funcţie de drog şi de efectul urmărit. Din indicatorii indirecţi rezultă că numărul posesorilor şi consumatorilor a crescut încă din 1999, iar uneori, chiar de la prima doză s-a preferat calea injectabilă. A crescut, de asemenea, consumul anumitor medicamente cu conţinut psihotrop, cum ar fi barbiturice şi benzodiazepine, administrate cu sau fără alcool. Din datele privind reducerea ofertei de drog rezultă că a crescut, mai ales în rândul elevilor, consumul de ţigarete conţinând marijuana sau cannabis.

Coordonarea la nivel naţional, aflată în stadiu incipient, a întregii activităţi multidisciplinare privind lupta împotriva drogurilor nu a permis până în prezent elaborarea unei strategii naţionale pentru reducerea cererii şi a ofertei; de asemenea, nu s-a stabilit o metodologie unitară pentru colectarea şi procesarea datelor referitoare la consumul de droguri în România. Mai mult decât atât, informaţiile şi statisticile de care se dispune până în prezent sunt incomplete din cauza unor factori, cum ar fi:

- Gradul relativ scăzut de cunoaştere a legislaţiei în domeniu;
- Lipsa unei pregătiri specifice a personalului angajat să întocmească fişele de caz;
- Anumite deficienţe întâmpinate la completarea fişelor de raportare conţinute în anexa la ordinul ministrului sănătăţii nr.963/1998;
- Lipsa unui sistem computerizat performant care să centralizeze datele şi să le proceseze;
- Inexistenţa unui sistem naţional de raportare, bazat pe o infrastructură adecvată, care să permită colectarea şi procesarea automată a datelor.

Consecinţele factorilor enumeraţi mai sus sunt îngrijorătoare.

Dependenţi de droguri, după grupe de vârstă şi sex

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
0-14	7	1	-	1	9
15 - 19	142	57	28	3	230
20 – 24	256	167	41	22	486
25 – 29	102	67	17	10	196
30 – 34	34	20	6	6	66
35 – 39	12	9	3	3	27
40 – 44	6	7	3	4	20
45 – 49	3	3	2	8	16
50 – 54	2	3	2	3	10
55 – 59	2	1	1	2	6
60 – 64	2	2	1	1	6
75 - 79	1	-	-	2	3
Total	569	337	104	65	1075

Persoane dependente de drogul folosit

A. Grupa de vârstă 0-14 ani

Drog	Nr de cazuri	
	Bărbaţi	Femei

	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	-	-	-	-	-
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	-	-	-
Marijuana	1	-	-	-	1
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	-	-	-	-	-
Morfină	-	-	-	-	-
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocină	-	-	-	-	-
Alprazolam	-	-	-	-	-
Diazepam	-	-	-	-	-
Trihexifenidil	-	-	-	-	-
Regenon	-	-	-	-	-
Solvenţi	5	1	-	-	6
Alcool	1	-	-	1	2
Total	7	1	-	1	9

B. Grupa de vârstă 15-19 ani

Drog	Nr. de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	115	49	22	3	189
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	-	-	-
Marijuana	2	1	1	-	4
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	1	-	-	-	1
Codeină	-	-	-	-	-
Morfină	-	-	-	-	-
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocină	6	-	-	-	6
Alprazolam	-	-	-	-	-
Diazepam	-	-	1	-	1
Trihexifenidil	2	-	1	-	2
Regenon	-	-	-	-	-
Solvenţi	15	4	2	-	21
Alcool	1	3	1	-	6
Total	142	57	28	3	230

C. Grupa de vârstă 20-24 ani

Drog	Nr de cazuri	
	Bărbaţi	Femei

	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	243	161	37	21	462
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	1	-	1
Marijuana	4	-	1	-	5
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	1	-	-	-	1
Morfină	-	-	-	-	-
Opium	1	1	-	-	2
Pentazocine	5	3	1	1	10
Alprazolam	-	-	-	-	-
Diazepam	-	2	1	-	3
Trihexifenidil	-	-	-	-	-
Regenon	1	-	-	-	1
Solvenţi	1	-	-	-	1
Alcool	-	-	-	-	-
Total	256	167	41	22	486

D. Grupa de vârstă 25-29 ani

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	98	65	14	6	183
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	-	1	1
Marijuana	1	-	-	-	1
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	1	-	-	-	1
Codeină	-	-	-	-	-
Morfine	-	-	-	-	-
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocine	1	-	2	3	6
Alprazolam	-	-	-	-	-
Diazepam	-	-	1	-	1
Trihexiphenidil	-	1	-	-	1
Regenon	-	-	-	-	-
Solvenţi	1	1	-	-	2
Alcool	-	-	-	-	-
Total	102	67	17	10	196

E. Grupa de vârstă 30-34 ani

Drog	Nr de cazuri

	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	32	17	5	6	60
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	1	-	-	-	1
Marijuana	-	-	-	-	-
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	-	-	-	-	-
Morfine	-	-	-	-	-
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocine	-	2	-	-	2
Alprazolam	-	-	-	-	-
Diazepam	1	-	-	-	1
Meprobamate	-	1	1	-	2
Trihexifenidil	-	-	-	-	-
Regenon	-	-	-	-	-
Solvenşi	-	-	-	-	-
Alcool	-	-	-	-	-
Total	34	20	6	6	66

F. Grupa de vârstă 35-39 ani

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	9	2	1	1	13
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	-	-	-
Marijuana	-	-	-	-	-
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	-	-	-	-	-
Morfină	1	-	-	-	1
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocine	2	2	-	-	4
Ciclobarbital	-	2	1	-	3
Diazepam	-	1	1	2	4
Meprobamat	-	-	-	-	-
Trihexifenidil	-	1	-	-	1
Amitriptilina	-	1	-	-	1
Solvenţi	-	-	-	-	-
Alcool	-	-	-	-	-
Total	12	9	3	3	27

G. Grupa de vârstă 40-44 ani

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	2	-	-	-	2
Tetrahidrocannabinol	1	-	-	-	1
Haşiş	-	-	-	-	-
Marijuana	-	-	-	-	-
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Codamină	-	2	-	-	2
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	-	-	-	-	-
Morfină	-	-	-	-	-
Opium	-	-	-	-	-
Pentazocine	2	-	-	1	3
Ciclobarbital	-	-	-	-	-
Diazepam	-	2	1	-	3
Meprobamat	-	1	-	1	2
Trihexifenidil	-	1	-	-	1
Amitriptilina	-	-	-	-	-
Alte medicamente	1	1	2	2	6
Solvenţi	-	-	-	-	-
Alcool	-	-	-	-	-
Total	6	7	3	4	20

H. Grupa de vârstă peste 45 ani

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	1	-	-	-	1
Tetrahidrocannabinol	-	-	-	-	-
Haşiş	-	-	-	-	-
Marijuana	-	-	-	-	-
Acetaminofen	-	-	-	-	-
Codamină	-	-	-	-	-
Cocaină	-	-	-	-	-
Codeină	-	-	-	-	-
Morfină	-	-	-	-	-
Opium	1	-	-	-	1
Pentazocine	3	1	1	3	8
Ciclobarbital	-	-	-	1	1
Diazepam	3	4	2	5	14
Meprobamat	-	3	3	2	8
Trihexifenidil	-	-	-	-	-
Amitriptilina	-	-	-	-	-
Alte medicamente	2	1	-	5	8
Solvenţi	-	-	-	-	-
Alcool	-	-	-	-	-
Total	10	9	6	15	41

Dependenţi după tipul de drog şi sex

Drog	Nr de cazuri				
	Bărbaţi		Femei		
	Cazuri noi	Recăderi	Cazuri noi	Recăderi	Total
Heroină	500	294	79	37	910
Tetrahidrocannabinol	1	-	-	-	1
Haşiş	1	-	1	1	3
Marijuana	8	1	2	-	11
Acetaminofen	1	-	-	-	1
Codamină	-	1	-	-	1
Cocaină	2	-	-	-	2
Codeină	1	-	-	-	1
Morfină	1	-	1	1	3
Opium	2	-	-	-	2
Pentazocină	19	7	6	8	40
Ciclobarbital	-	3	-	1	4
Diazepam	4	8	6	5	23
Meprobamat	-	5	3	-	8
Trihexifenidil	2	2	1	5	10
Amitriptilina	-	-	-	-	-
Alte medicamente	3	10	2	3	16
Solvenţi	23	6	2	1	32
Alcool	1	-	1	1	3
Total	569	337	104	65	1075

Tipul de tratament aplicat

Drog	1	2	3	4	5	6	7	8
Heroină	723	137	10	14	5	2	16	3
Tetrahidrocannabinol	1	-	-	-	-	-	-	-
Haşiş	3	-	-	-	-	-	-	-
Marijuana	6	-	3	-	-	-	-	-
Acetaminofen	1	-	-	-	-	-	-	-
Codamină	1	-	-	-	-	-	-	-
Cocaină	1	-	-	-	-	-	-	-
Codeină	2	-	-	-	-	-	-	-
Morfină	2	-	-	-	-	-	-	-
Opium	3	-	-	-	-	-	-	-
Pentazocină	29	-	3	1	-	3	1	3
Ciclobarbital	4	-	-	-	-	-	-	-
Diazepam	12	-	7	1	-	-	1	2
Meprobamat	11	-	1	-	-	-	-	1
Trihexifenidil	3	-	-	1	-	-	-	1
Amitriptilina	1	-	-	-	-	-	-	-
Alte medicamnete	13	1	2	2	-	-	-	3
Solvenţi	10	-	-	1	-	-	1	19
Alcool	1	3	-	-	-	-	-	-
Total	827	141	26	20	5	5	19	32

Legendă:

1. Cura de dezintoxicare
2. Tratament de substituţie
3. Reabilitare psiho-socială
4. Consiliere
5. Transfer la alte centre
6. Fără tratament
7. Altele
8. Nespecificat

La aceste date se mai pot adăuga 208 cazuri de pacienţi internaţi la Spitalul de Urgenţă Floreasca, care nu au fost niciodată raportate către Centrul de Statistică al Ministerului Sănătăţii şi familiei, şi nici nu au fost clasificate conform standardelor.

Fişă studiu: Clienţii Spitalului de Urgenţă Floreasca, în anul 2000

Drog	Nr de cazuri		
	Bărbaţi	Femei	Total
Opiacee	141	41	182
Sindrom de sevraj	25	1	26
Total	166	42	208

ASPECTE PSIHOSOCIOLOGICE

SCURTĂ ANALIZĂ

Obiective:

1. Explicarea conceptului de drog, evidenţierea unor motive ale consumului şi abuzului şi, descrierea modului de structurare a dependenţei.
2. Identificarea, descrierea şi exemplificarea principalelor tipuri de substanţe psihoactive.
3. Descrierea modelului de consum de drog şi explicarea relevanţei modelului agent-stare subiect-mediu, în cazul dependenţei de drog.
4. Evidenţierea principlelor efecte generate de droguri şi descrierea câtorva modalităţi de administrare.
5. Identificarea programelor de ajutor pentru consumatorii de drog şi analiza eforturilor societăţii în combaterea problemelor legate de droguri.

Dacă până în anul 1995 se spunea că România este coridor de trecere pentru droguri, începând cu 1995, România devine consumator al tuturor substanţelor. În 1999, clinica de specialitate din Spitalul Al. Obregia se închide din motive de securitate a pacienţilor: prin neglijenţa unor factori de răspundere pacienţii aveau în continuare acces la substanţe.

Tineri de 20-22 ani au ajuns să consume droguri în valoare lunară de 12-16 milioane lei, iar traficul în Bucureşti arareori este împiedicat prin arestări. Iată un caz de supraveghere şi arestare, prezentat de altfel în cotidianul "Naţional" din 07.01.2000.

"Peste 1.000 de dolari obţinuţi din vânzarea drogurilor în numai două zile

> "Ţinuţi sub supraveghere câtva timp de poliţiştii de la Secţia 12, doi bucureşteni au fost reţinuţi tocmai când se pregăteau să vândă o doză de heroină într-un bar. Flagrantul delict s-a realizat în după-amiaza de 5 ianuarie 2000 în Barul "Yellow Club", din sectorul 3. Marian Mitreaţă, 26 ani, domiciliat în Strada Gherase 90, sector 2 şi prietena lui – parteneră de "afaceri", Călin Florica, 31 de ani, din Şoseaua Ştefan cel Mare 240, sector 2, cunoscuţi consumatori şi distribuitori de stupefiante, se aşteptau să obţină în acea zi cel puţin 10 milioane de lei. În schimb ar fi dat cele patru grame de heroină pe care le mai aveau asupra lor.
>
> Aşa cum au stabilit poliţiştii după ce i-au dus la secţie, de două zile, cei doi "intraseră din nou în pâine" şi deja reuşiseră să vândă heroină în valoare de 12 milioane de lei, 750 USD şi acceptaseră la plată chiar trei inele din aur în greutate totală de 12 grame.
>
> Prezentaţi ieri Parchetului, au fost arestaţi pentru 30 zile sub acuzaţia de trafic de stupefiante.(Talida Covaci)"

Definiţie.

Drogurile sunt substanţe chimice ce afectează funcţiile fiinţei umane; sunt utilizate în diagnosticarea, prevenirea şi tratatarea maladiilor.

În sensul cunoaşterii comune, conceptul de drog se referă în principal la substanţele ce afectează funcţiile din punct de vedere psihologic sau, conduce la instaurarea dependenţei în diferite grade.

Abuzul de substanţă (de droguri), ca exprimare diagnostică se referă la acel patern de comportament caracterizat prin trebuinţa şi consumul frecvent de droguri pentru activitatea personală; - dificultăţi în reducerea şi stoparea cantităţii de drog consumat; - eforturi periodice eşuate în stoparea consumului de drog; episoade ale complicaţiilor rezultate din consumul de drog; - consumul frecvent de droguri ceea ce cauzează deteriorarea activităţii pentru cel puţin o lună.

Abuzul de droguri se poate manifesta în aspectele psihosociale, cognitiv-perceptive şi spirituale ale individului, familiei şi a grupurilor.

Iată doar câteva cazuri de consum şi abuz de drog cu care se confruntă SALVAREA:

> DROGURI
>
> Bogdan Mitea a murit pe strada dupa ce si-a administrat o supradoza de stupefiante
>
> Articol de ALEXANDRA POPESCU
> Sambata, 25 Martie 2000
> Tinar de 22 de ani, ucis de droguri, Bogdan Mitea a murit pe strada dupa ce si-a administrat o supradoza de stupefianteBogdan Mitea, in virsta de 22 de ani, a murit, joi seara, din cauza unei supradoze de drog. In jurul orei 23.15, tânarul se afla pe strada Stirbei Voda impreuna cu fratele sau, Laurentiu, 17 ani, si alti doi prieteni. Cei patru petrecusera seara impreuna. Dupa ce au baut ceva la un bar din apropiere, au plecat spre casa. La un moment dat, lui Bogdan i s-a facut rau. Conform celor spuse de Laurentiu, fratele sau, Bogdan s-a lasat pe vine, spunând că îi este rau, si apoi a lesinat. Când si-au vazut amicul cazut la pamânt, cei doi insotitori ai fratilor Mitea au rupt-o la fuga. Ramas singur, Laurentiu a intrat in panica. Un trecator a telefonat la Salvare. La Serviciul de Ambulanta al Municipiului Bucuresti solicitarea a fost primita la ora 23.37. O ambulanta aflata in apropiere s-a deplasat la locul indicat. Asistenta de pe ambulanta i-a facut lui Bogdan o injectie intravenoasa cu glucoza si a incercat sa il resusciteze. Fiindca situatia o depasea, asistenta a chemat o alta ambulanta, dotata cu echipamentul necesar. Din pacate, nici cei de pe cea de-a doua Salvare, sositi in câteva minute, nu l-au mai putut ajuta pe tânar. "Asa cum au constatat colegii mei de pe cea de-a doua ambulanta, tinarul era deja mort inca de la prima solicitare", ne-a declarat dr. Lucian Bratu, medicul coordonator din noaptea de joi spre vineri, la Serviciul de Ambulanta al Municipiului Bucuresti.Autopsia efectuata de medicii de la Institutul de Medicina Legala "Mina Minovici" a relevat faptul ca Bogdan Mitea a murit in urma unui stop cardiac, cauzat de o intoxicatie cu o substanta necunoscuta. Specialistii afirma, insa ca este vorba de stupefiante. In urma analizelor de laborator se va stabili despre ce tip de drog este vorba.Sfirsitul tragic al lui Bogdan Mitea aduce din nou in actualitate consumul de droguri. Conform celor spuse de rudele tinarului, acesta a mai avut probleme cu sanatatea legate, cel mai probabil, de consumul de stupefiante. Bogdan si-a mai pierdut de citeva ori cunostinta. Parintii spun ca in ultima vreme era mai tot timpul agitat, dar nu stiau ca fiul lor consuma droguri. Miliana si Constantin Mitea, parintii lui Bogdan, sint patronii unui mic magazin. Despre cei doi copii ai lor ei au spus ca ii vedeau foarte rar, fiind foarte ocupati cu afacerea. Bogdan lucra la un service al firmei "Fidel" SRL din cartierul Militari. Pe 28 mai ar fi implinit 23 de ani. Parintii spun ca, in seara de 23 martie, fiul lor cel mic, Laurentiu, a ajuns acasa putin dupa miezul noptii. "Era agitat, dadea din miini si bilbiia lucruri pe care nu le intelegeam.Pina la urma ne-a spus ca Bogdan a murit. A zis ca se indreptau spre casa si ca lui Bogdan i s-a facut rau si a murit", ne-a declarat Miliana Mitea. Dimineata, Laurentiu a plecat, spunind ca se duce la scoala. Pina ieri dupa-amiaza, el nu daduse nici un semn de viata. Doar marturia lui Laurentiu ar putea elucida misterul intimplarii.

Heroina, drogul preferat de români, distruge rapid organele vitale

> "Supradoza poate sa insemne de la citeva unitati pina la 3-4 grame de drog si difera in functie de toleranta organismului. Tot supradoza este si când consumatorul de droguri isi reduce singur doza, dupa care o mareste brusc- acest lucru ducind la stop respiratoriu, adica la deces", a declarat dr. Cristian Belu Bengescu, medicul sef al Centrului Pilot de Toxicomanii. Drogurile afecteaza, in timp foarte scurt, organele vitale - inima, ficat, rinichi si creier. "Cel mai folosit stupefiant in România este heroina, un drog foarte puternic, care are efect distructiv asupra tuturor organelor",

spune dr. Bengescu. Cum 90 % dintre consumatori isi injecteaza drogul, acestia se pot imbolnavi, in plus, si de SIDA, hepatita si nu numai. (Articol de PETRISOR CANADANIEL NEAMU).

În zilele noastre există o varietate de substanţe chimice disponibile atât legal cât şi ilegal, substanţe care joacă un rol semnificativ în viaţa atâtor şi atâtor milioane de oameni. Substanţele chimice sunt folosite ca parte integrantă în majoritatea protocoalelor medicale. În România, aspectul financiar cât şi capacitatea de raţionament a ţinut populaţia la distanţă de consumul de drog.

După '89, presiunile psihologice, informaţionale, au orientat populaţia spre acest nou hobby, **consumul de drog**, reuşind să structureze un *target*, un anumit nucleu de clienţi. În 2001, numai în Bucureşti rapoartele evidenţiază 3000 iar la nivel naţional 20.000 de consumatori înregistraţi.

În vest, drogurile sunt folosite pentru a depăşi situaţiile sociale inconfortabile, conferirea unui aşa zis "sprijin" , pentru relaxare sau pur şi simplu din obicei. Simpatizanţii acestei orientări, a consumului de drog, consideră că recurgerea la drog poate asigura soluţionarea lejeră a sumedeniilor de probleme cu care aceştia se confruntă dar realitatea ne arată că, în cazul consumatorului de drog, clienţii sunt implicaţi în accidente, delicte, boli, violenţă, dezintegrarea familiei şi a comunităţii.

Clienţii nu se preocupă de beneficiile, riscurile şi consecinţele consumului, atât în ceea ce priveşte propria lor persoană cât şi grupul său de apartenenţă, comunitatea. Ideea lor este că pot maximiza beneficiile consumului simultan cu reducerea riscurilor asociate.

Drogurile. De ce se droghează unele persoane?

Sub acest concept stau un mare număr de substanţe. Uneori oamenii sunt puşi în faţa anumitor dificultăţi în cazul consumului de substanţe. Majoritatea îşi pot controla consumul de băuturi alcoolice dar uneori, drogurile generează probleme serioase atât pentru consumatori, cât şi pentru societate.

STUDII

Comunicarea Prin Seringa

M-am mutat acum câţiva ani într-un cartier nou. În Centrul Bucureştiului, maşini frumoase parcate in faţa blocurilor, străzi curate, bani mulţi. În scurt timp m-am "întovărăşit" (ca să folosesc un limbaj adecvat) cu cativa "vechi" ai cartierului. Era o după-amiază de vară când am văzut pentru prima oară frumosul parc din apropiere. Am mers cu o fata si vreo 4 baieţi. Mi-au arătat un loc mai retras, părea neumblat. Ei cumpăraseră câteva beri, ceva de mâncare şi nişte pachete de ţigari. Ne-am aşezat pe nişte pietre mari, curate- semn că nu fuseserăm singurii ce poposiseră acolo. A trecut ceva timp, vreo două ore, berile s-au terminat, ţigările la fel. Fumau non-stop si văzându-i, parcă imi venea si mie sa trag ţigările una după alta. Imediat au vorbit si 2 dintre baieţi au plecat să "facă plinul". In 10 minute totul era la fel, parcă abia ajunsesem.

N-au mai trecut mai mult de 20 de minute până a apărut un alt tip. Avea părul ceva mai lung, un pic cârlionţat si ţinea o sticlă de cola într-o mână. S-a aşezat pe una din pietre, mai departe de noi. Băieţii cu care eram il cunoşteau şi unul dintre ei s-a apropiat de tipul nou-venit. Creţul stătea cu spatele la noi fără să zică nimic. Şi-a ridicat măneca, iar cel cu care venisem l-a strâns puternic de braţ fără ca vreunul dintere ei să zică ceva. Se înţeleseseră parcă din priviri. La început nu am înteles ce se întâmplă dar nu a durat mult până să-mi dau seama. Creţul îşi injecta doza zilnică de heroină şi era ajutat de băiatul cu care venisem să-şi găsească vena. "Operaţiunea" nu a durat mai mult de 5 minute. Apoi,

creţul s-a ridicat si a plecat la fel, fara să salute. Nici unul din cei cu care venisem nu a zis nimic. Ştiau deja. Nici eu nu am îndrăznit să intreb ceva.

Fusese prima mea întâlnire cu un drogat.

Mergând în parc, l-am tot văzut. Acelaşi ritual, aceiaşi oameni. Nu vorbea, nu saluta si pleca imediat ce operaţiunea se încheia.

După vreun an, într-o noapte, mi-am pierdut căţelul în acelaşi parc, ce devenise parcă blestemat. În timp ce îl căutam, ne-am întâlnit cu el. Avea un câine din aceeaşi rasă. Deşi nu cred ca-şi amintea de mine, m-a ajutat să caut şi mi-a dat tot felul de sfaturi.

Timpul a trecut si iar ne-am întâlnit. De data aceasta m-a salutat.

Pentru acest proiect am vrut să vorbesc cu el. Am rugat nişte băieţi care îl cunosc să-l întrebe dacă ar fi dispus să-mi răspundă la câteva întrebări, sub anonimat. Acum se drogheaza mai puţin. Nu a vrut să mă ajute. Nici eu n-am insistat, bănuind cât de greu trebuie sa-I fie. Poate că odată îmi va spune câteva cuvinte despre drama lui, despre o viaţă ce merge spre moarte, despre clinica de dezintoxicare din care a ieşit dependent de Metadonă….

Poate odata îmi va spune tot.

Până atunci, îi condamn pe cei care îi ignoră pe aceşti oameni ce au probleme si afirm sus si tare că nimeni nu va înţelege vreodată drama unui dependent. Va realiza ce inseamnă doar în momentul în care se va droga. Şi poate că de fapt nimeni nu vrea să înţeleagă.

Am ales această formă de comunicare, cea prin seringă, pentru că este într-adevăr o formă de comunicare existentă, pe care mulţi nu o recunosc şi de care majoritatea se feresc. În continuare voi arăta profilul celor care împart seringa, joint-ul , istoricul drogurilor in România, cum îi conving cei care se drogheaza pe cei "curaţi" să folosească măcar o doză şi cum ajung să-şi distrugă viţile. Este o formă de comunicare, prin sânge, prin mentalitate, prin priviri. Acul uneşte drumurile acestor vieţi spre moarte.

Traficul de droguri, început în România la scară largă după 1990, a generat o creştere constantă a numărului de consumatori. A început să se formeze o piaţă a drogurilor, dozele comercializându-se în locuinţele dealerilor, în discoteci, baruri, instituţii de învăţământ şi stradal. Dacă în centrele universitare se consumă mai ales opiacee, cocaină şi droguri sintetice, în licee este preferat canabisul, care are un preţ mai mic, dar şi drogurile sintetice sub forma comprimatelor de amfetamină, LSD, Ecstasy şi medicamente psihotrope.

Ceea ce este cel mai grav este că a crescut şi creşte în continuare numărul de consumatori de droguri în rândul elevilor, una dintre categoriile cele mai expuse, atât din cauza lipsei de informare, cât şi prin efectele pe care astfel de substanţe le au pe de o parte asupra psihicului, modificând personalitatea, şi pe de altă parte asupra fizicului, aflat în plin proces de formare.

Vremurile cand "amatorii de senzatii" se cinsteau cu frectie galenica "Diana" au apus. Acum drogatii isi injecteaza fiolele cu medicamente in masina, in fata farmaciei. Disperati de reactiile celor care vin cu retete false si nu primesc drogul, farmacistii ascund medicamentele "fierbinti" in depozit.

De-a lungul anilor, farmacistii au "strans" povesti socante despre modul in care drogatii incearca sa faca rost de doza zilnica. In topul substantelor solicitate, conduce detasat Fortralul, care este utilizat de pacientii cu dureri cumplite, dupa operatii grele sau in cazul celor bolnavi de cancer. Este, practic, medicamentul care se administreaza inainte de ultimul pas - morfina.

De langa acest calmant extrem de puternic, drogatii se multumesc si cu Diazepam, Fenobarbital, Romparkin, care in combinatie cu vodca, le aduc starile halucinogene dorite si le distrug, in paralel, sanatatea. Unii prefera Efedrina sau Rohipnolul, medicamente pentru sistemul respirator sau nervos.

Dependenta psihică nu se tratează

La noi în tară sunt multi tineri dependenti de droguri care se duc în centre din proprie initiativă: Faptul că vin singuri este din start un câstig, pentru că se străduiesc să se tină de tratament. Cei adusi de părinti renuntă de multe ori la tratamente.

Marginalizare si declin

Grăbiti, toxicomanii români au trecut repede la drogurile periculoase (heroina injectabilă, la tigară sau cocainã) ce dau nu numai dependentă, ci duc si la diverse afectiuni fatale: Hepatită C, SIDA, Hepatită B (din cauza folosirii serigilor nesterilizate), stop cardiac (prin supradoză) si anemie accentuată. Ba, mai mult, dependentii de droguri devin agresivi, abandonează scoala, încep să fure, să mintă si să se retragă într-o lume a lor din care cu greu pot fi scosi. "M-am apucat de droguri la 16 ani, fiind influentată de prietenul meu si de gască. La început, n-am fost atrasă, dar până la urmă am fumat o tigară cu heroină, apoi încă una si tot asa. Îmi trebuia din ce în ce mai mult. Am încercat să mă las, pentru că slăbeam, nu mă mai duceam la scoală, nu mă mai îngrijeam, eram total schimbată. Nimeni nu stia ce se întâmplă cu mine", povesteste A.M., de 17 ani, din Bucuresti.

A ajuns la Centrul Titan, s-a lăsat, a început să se ducă din nou la scoală. Ba chiar a luat evaluările cu note bune. Totul a fost însă în zadar. A.M. s-a reîntors în gască, unde o astepta prietenul ei pentru care ea era singura lui sursă de venit. A convins-o să se reapuce si a făcut-o. Din fericire, a avut tăria să o ia din nou de la capăt si să se întoarcă în spital pentru tratament. Acum are o lună si jumătate de când a renuntat la droguri.

Fuga din spital

În afară de faptul că în spitale nu există locuri suficiente si sectii speciale pentru toxicomani, aceia care sunt internati nu sunt bine supravegheati. Un caz foarte edificator este cel al lui GVD, un tânăr drogat care a părăsit Spitalul Judetean Buzău, fără aprobare, după ce medicii l-au scos din comă, în noaptea de 31 martie - 1 aprilie. GVD, în vârstă de 24 ani, fusese internat în aceeasi noapte în urma unor dureri acute de cap, el declarând medicilor că, de aproape doi ani, este consumator de Extasy. Organele de Politie au declansat actiunea de urmărire, întrucât tânărul este dat dispărut de la domiciliu. Asemenea cazuri sunt extrem frecvente, mai ales că spitalele de boli psihice care adăpostesc si toxicomani nu sunt păzite. Traficantii de droguri pot intra nestingheriti în aceste unităti sanitare.

Poveste fara sfarsit

In scara unui bloc din Pantelimon, drogatii s-au adunat iar. Au reusit sa vanda un casetofon de masina furat si au facut rost de patru bile. Cel care ii aproviziona fusese ridicat de politie cu o saptamana in urama. Omul a dat cateva telefoane, si a doua zi era din nou pe strada. Drogatii au in jur de 17 ani. Isi cauta unul altuia vena si isi aplica "tratamentul". Sunt deja in transa cand usa scarii se deschide. O femeie se intoarce obosita acasa dupa o zi de munca in fabrica. Trece grabita pe langa ei, dar nu e suficient de rapida. Un drogat a intepat-o in picior cu seringa pe care au folosit-o toti timp de doua luni. Poate nu se considera infractiune. Poate femeia nu va contacta HIV de la intepatura respectiva. Poate, poate, poate…

Confesiunile unui drogat

„Eu ma gândeam la dragostea mea, la literatura, de fapt in capul meu atunci era literatura, la muzica foarte marfa ce era in pub. Nu vroiam sa plec nicaieri, nu vroiam sa ma intorc nicaieri. Acelasi lucru probabil simteau si baietii, fiecare cufundat in linistea, visele lui. Simteam cum o rana mare incurabila s-a cicatrizat, a trecut, a amortit, dar mai simteam acum cicatricea si stiam ca nu poate dura mult, ca imediat pielea va plesni, va aparea iarasi sange, durere. Atat.

Mai tragi un fum, te simti O.K., mori de ras, desi, sinceri sa fim, nu-ti vei aminti maine nimic, absolut nimic. Dar asa e mai bine . Il vei mai privi o data, apoi inca o data, inca… inca… inca… Memoria e un starv, o vaca nebuna in agonie ce te scutura, te loveste de pereti. Mori, vaca! Sa facem acelasi lucru de

o mie, un miliard de ori, daca ne place. Mai trag un fum si o iau de la capat. Un tunel intunecos, eu cu masina circul prin el. Din tunel vad doar peretii luminati de aproape de farurile masinii mele. Viteza, bucurie, culoare. Ce-mi trebuie altceva? Doar masina sa nu se opreasca niciodata. Sa intru si sa intru in acest tunel intunecat al mintii mele cu masina si sa fac lumina. In a cata zi a fost lumina? Nu conteaza."

Drama lui Alexandru

Într-un cartier din plin centrul Bucurestiului traieste Alexandru, un baiat de 24 de ani, licentiat in drept si dependent de heroina.

Spitalul de Urgenta Floreasca - Sectia Toxicologie

In anul II de facultate a inceput calvarul. Alexandru povesteste:

"Sunt foarte timid. Poate si acesta a fost motivul pentru care am cazut in aceasta cursa.. Sunt singur la parinti. Ai mei mi-au oferit totul. La varsta de 19 ani mi-au cumparat masina... Pe ei i-am cunoscut in discoteca. Mi-au propus sa ii insotesc sa-si procure drogurile. Am acceptat... M-am apropiat de unul dintre ei. Lucra la circ. De multe ori isi pregateau drogurile la mine in masina... Viata mea se impartea in doua. Aveam doua cercuri de prieteni. Dimineata mergeam la facultate, dupa amiaza ma intalneam cu ei... Ma iertati. E a treia zi in care nu ma droghez si sunt cam agitat... 5-6 luni i-am insotit sa-si procure drogurile. Ii vedeam cum se injecteaza, vedeam efectele drogurilor in toate fazele. M-au indemnat de multe ori sa ma droghez, dar nu am acceptat... Mi-am pierdut serviciul. Mi-am nenorocit parintii... Am cheltuit o multime de bani. Sunt un om distrus... Nu mai am pe nimeni...Anul trecut Craciunul l-am petrecut in spital... Nu mai eu stiu cum... Dupa aceea am luat-o de la capat... Unul dintre ei avea apartament... Acolo ne intalneam toti... Nu vreau sa dau vina pe nimeni. Nu m-a luat nimeni cu forta. Ei mi-au propus, iar eu intrun final am acceptat. Mi-am zis ca va fi prima si ultima data. Nu am simtit mare lucru... Simteam psihic o anumita stare... Dupa 3-4 ore mi s-a facut rau. Aveam greturi, varsaturi, stare de somnolenta... Era totusi un rau diferit pe care nu-l pot descrie... Dupa prima doza am incercat sa ma indepartez cat de cat de ei. Dar asta nu a durat mult. Pentru asa-zisul prieten de care ma apropiasem am intrat din nou in mijlocul lor. Si de-aici a inceput tragedia... Acum cand va povestesc ma simt mai bine. Dependenta psihica s-a instalat destul de repede. Ma drogam pentru ca imi placea starea. Imi facusem si o asa-zisa prietena care se droga si ea bineinteles. Ma drogam si simteam ca sunt mai puternic. Citeam cursurile pana noaptea tarziu. Aveam vointa sa invat, dar nu retineam mai nimic.

Vreti sa ma ajutati? Am nevoie de prieteni adevarati! Mama si matusa sunt cadre medicale. Si-au dat seama ca ma droghez. M-au intrebat, iar eu am recunoscut. Din disperare, cred, ai mei au gresit foarte mult. Am simtit din partea lor un fel de repulsie. M-au facut sa ma simt strain. Daca m-ar fi inteles si i-ar fi simtit aproape, cred ca as fi renuntat la heroina. Dar ei au apelat la mijloace extreme. Mi-au facut o cura de dezintoxicare acasa. Mi-au angajat bodyguard pe care il plateau cu ora. Mi-au adus psihologi... Toate eforturile lor au fost insa in zadar... In anul III de facultate le spuneam ca daca nu-mi dau bani pentru heroina, nu ma pot duce la examene. Am ajuns pana acolo unde am obligat-o pe mama sa-mi cumpere doza. Inainte de examene ma injectam. Nu mai avea ce sa-mi faca. Numai matusa mea, saraca, se ruga pentru mine si o indemna pe mama sa mearga la biserica.

Le-am incercat pe toate: dezintoxicare, psiho-terapie, am fost in libertate, dar am avut si paza. Toate acestea s-au dovedit a fi doar esecuri. Daca ma insotiti, eu merg si astazi sa ma spovedesc... Eu zic ca nu mai simt nevoia sa ma droghez, dar ceva din interior ma macina. Acest ceva, in libertate, cred ca m-ar duce la consumul de heroina. Vreau sa scap de nelinistea asta care ma duce pe un drum gresit... Vedeti dvs., m-ati ascultat. Astazi, sigur ma voi simti mai bine. Dar plecati, si eu raman cu suferinta..."

Ce sunt drogurile?

Conceptul **D R O G**, în sensul în care îl folosim, se referă la orice tip de substanţă non-nutritivă care este introdusă în mod deliberat în organism pentru a produce efecte fiziologice şi/sau psihologice. Substanţele care acţionează în principal asupra creierului, producând stări modificate de conştiinţă, de percepţie, dispoziţie şi a activităţii sistemului nervos central, sunt denumite **substanţe psihoactive**.

Substanţele psihoactive, de genul marihuana, cocaina, prezintă un potenţial ridicat pentru abuz, în timp ce substanţele non-psihoactive, cum ar fi penicilina cât şi alte antibiotice nu generează un astfel de potenţial. Cele mai cunoscute substanţe psihoactive ce afectează starea de sănătate a milioane de oameni sunt alcoolul şi tutunul. Deoarece alcoolul şi tutunul sunt consumate pe scară largă şi generează suficiente probleme, considerăm că ar tebui să constituie subiectul unei lucrări distincte.

Consumul de droguri.

Majoritatea indivizilor care îşi administrează substanţe o realizează în mod legal, folosindu-le în scopul prevenirii, tratării tulburărilor de sănătate. Aproape fiecare dintre noi a consumat o aspirină, un remediu pentru răceală sau un alt medicament la fel de răspândit, necesar tratării unor indispoziţii. Ocazional, majoritatea persoanelor folosesc substanţe prescrise de medic. Pentru multe persoane cu boli cronice, cum ar fi boli de inimă, viaţa cotidiană presupune aportul unor substanţe după reţetă, în scopul tratării bolii.

În momentul prescrierii unei substanţe, medicul trebuie să recomande substanţa pentru problema specifică şi pentru un pacient specific, considerând faptul că unii oameni au reacţii alergice la anumite substanţe. Medicii sunt puşi în situaţia de a alege dintr-o listă largă de medicamente, fiecare cu efectele ei specifice asupra organismului. Substanţele prescrise sunt disponibile pentru:

- Eliminarea simptomelor (ex: analgezice pentru controlul durerii, de genul durerii de cap);
- Profilaxie (vaccinuri);
- Controlul stărilor cronice (diuretice pentru control HTA);
- Tratarea bolilor (antibiotice pentru tratarea bolilor infecţioase).

Orice substanţă poate deveni vătămătoare dacă persoana ingerează o cantitate mai mare iar alte substanţe prezintă un potenţial mai mare de vătămare decât altele. Mai mult, unele combinaţii de substanţe se pot dovedi letale chiar şi în cantităţi mici, ca anumite sedative, dacă ele sunt luate în combinaţie cu alcool sau alte substanţe depresive.

Substanţele cu potenţial crescut de vătămare au un regim special de distribuţie şi înregistrare. Din această cauză, anumite substanţe pot fi obţinute în mod legal doar cu reţetă prescrisă de către un specialist. Unele substanţe oferă beneficii medicale reduse în comparaţie cu pericolul potenţial, astfel că ele sunt recomandate foarte rar sau chiar deloc şi, ele pot fi obţinute doar pe cale ilegală. Astfel de substanţe sunt **heroina, LSD, marihuana.**

Toleranţa la substanţă, dependenţa.

Printre factorii ce stau la baza deciziei în ceea ce priveşte consumul de drog, se numără riscul instalării obişnuinţei cu substanţele. Persoana devine tolerantă, dependentă de substanţele ingerate.

Toleranţa. În multe cazuri este posibil să se dezvolte o toleranţă periculoasă faţă de susbstanţă. Toleranţa înseamnă că organismul devine adaptat la substanţa respectivă, astfel încât se impune o creştere a dozei pentru producerea efectelor dorite. Măririle de doză accentuează riscul apariţiei efectelor secundare (nedorite).

Dependenţa. Adesea se observă o foarte fină linie de demarcaţie între toleranţă şi dependenţă, stare în care indivizii devin atât de obişnuiţi cu substanţele încât ei nu pot sau, simt că nu pot să mai trăiască fără acel medicament/substanţă. Dependenţa are atât accepţiune psihică cât şi fizică.

Dependenţa psihică implică consumul de substanţă pentru asigurarea unei bune dispoziţii. În cazul dependenţei psihice, deprivarea consumatorului de substanţă poate induce acestuia iritabilitate, anxietate, depresie, dar el nu se îmbolnăveşte fizic.

În situaţia dependenţei fizice, sistemele organismului au fost alterate iar prezenţa în continuare a substanţelor a devenit ceva normal. Dacă o persoană astfel dependentă este deprivată de substanţe, aceasta va declanşa ***sindromul de sevraj***, o trăire neplăcută şi posibil dureroasă cu aspect de ameninţare asupra vieţii sale.

Mecanismul apariţiei dependenţei de substanţe

Dependenţa, se poate dezvolta atât în cazul substanţelor de uz medical cât şi cu cele folosite în scopuri recreaţionale sau sociale (ex: alcool, marihuana). În oricare din cazuri subiectul poate deveni dependent în acelaşi mod.

S-a sugerat că, uzul de drog reprezintă un model primitiv de a obţine starea euforică, (fapt care poate conduce consumatorul de la dezvoltarea dependenţei fizice până la dependenţa psihologică), o exprimare a blocajelor infantile, un mod de eliberare a ostilităţii, un mod de autoflagelare luată ca măsură de pedepsire.

Eliminarea disconfortului. Uneori, oamenii recurg la diferite substanţe cu sau fără reţetă, în ideea de eliminare a disconfortului. Dacă subiectul respectă instrucţiunile medicului, ale farmacistului sau cele înscrise pe etichetă, nu apar probleme. Totuşi, din diferite motive, persoana se poate abate de la aceste instrucţiuni, fapt ce poate conduce la dependenţa de substanţă, după cum urmează:

- Dacă substanţa acţionează rapid pentru eliminarea durerii, persoana va începe să recurgă la această medicaţie pentru a-şi obţine nivele din ce în ce mai reduse ale intensităţii durerii. Un astfel de model tinde să se dezvolte mai lent atunci când substanţa acţionează lent.

- Deoarece substanţa elimină durerea, subiectul va considera că este mai bine să anticipeze durerea şi astfel va lua medicamente înainte de momentul declanşării (în ideea prevenţiei), ca astfel să evite toate efectele disconfortului. Acest mod de gândire poate conduce la administrarea regulată dar nu neapărat necesară şi, poate accentua foarte mult şansa dezvoltări dependenţei psihice şi/sau fizice.

Dacă în cele descrise mai sus vom înlocui cuvântul durere cu anxietate, depresie sau chiar nervozitate vom avea imaginea clară a modului de dezvoltare a dependenţei prin consum al oricărui tip de substanţe ce promit eliminarea, suprimarea stărilor, senzaţiilor neplăcute.

Nivelele consumului de drog. Trebuie subliniat că nu oricine utilizează medicamente pentru un anumit timp va dezvolta imediat şi dependenţa.

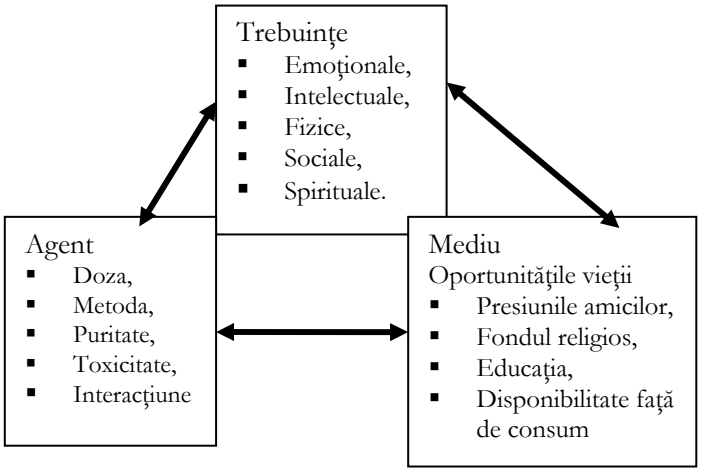
Se cunosc câteva nivele ale consumului de substanţe non-medicale.

Faptul că o persoană manifestă disponibilitate de a dezvolta o dependenţă la substanţe, depinde dintr-un anumit punct, de nivelul consumului.

Prezentăm în continuare nivelele majore de consum de substanţe, în ordine cronologică.

1. ***Consum experimental***. În această categorie, subiectul tatonează substanţa, de obicei în situaţii sociale, consum aleator. Prezintă risc redus de dependenţă, deşi acesta poate apare.
2. ***Consum recreaţional***. Subiectul foloseşte cantităţi modeste de drog, în spaţii sociale, acolo unde un astfel de consum este acceptat sau expectat. Nivelul de consum al subiectului reflectă grupul său social. Consumul extins de alcool iar în unele ţări şi a consumului de marihuana reprezintă un consum tipic recreaţional. Riscul de dependenţă este încă relativ redus.
3. ***Consumul situaţional***. Subiectul recurge la drog pentru a experimenta efectele pe care le consideră a fi benefice într-o situaţie specifică sau în anumite circumstanţe. Un exemplu de consumator situaţional ar fi agentul de vânzări care, înainte de a-şi vizita clientul bea ceva (în ideea de a-şi face curaj). La acest nivel, riscul de dependenţă este considerabil, depinzând de situaţie, frecvenţă şi consumul specific de substanţă. Ca un alt exemplu, putem aminti depanatorii Rom Telecom sau instalatorii RADET, care în vizitele lor la domiciliul clienţilor, pentru realizare service, sunt motivaţi printre altele şi cu alcool.
4. ***Consumul intensificat***. Individul consumă substanţe în mod regulat pentru a-şi reduce disconfortul fizic, psihologic sau social perceput. Frecvenţa consumului creşte în general şi de asemenea creşte şi cantitatea folosită. Riscul dezvoltării dependenţei este ridicată la acest nivel.
5. ***Consumul compulsiv***. Subiectul este preocupat de procurarea şi consumul de drog. În mod frecvent se întâlneşte o toleranţă dezvoltată iar substanţele şi-au diminuat capacitatea de stimulare a efectelor anticipate. Funcţionarea normală este deteriorată, relaţionarea socială este superficială, subiectul dezvoltă un anume grad de aplatizare iar orientările vocaţionale sau academice sunt periclitate sau abandonate. Consumul prezintă un mare risc pentru sănătate.

Modelul agent-trebuinţe, individ–mediu. Nivelele consumului de drog descrise, sunt privite din perspectiva individului dar la fel de important este să vedem dependenţa de drog mai mult decât o problemă individuală. Deoarece multe din presiunile exercitate pentru consumul de drog cât şi disponibilitatea substanţelor, provin din mediu, trebuie cu siguranţă evaluat şi rolul societăţii cât şi alţi factori.



Modelul agent-trebuinţe-mediu se poate dovedi de ajutor în explicarea dependenţei de drog. Din perspectiva consumului de drog, factorii agenţi includ caracteristicile drogului, şi anume, doza, puritatea, toxicitatea, interacţiunea cu alte substanţe, metoda de administrare. Cu siguranţă, aceşti factori pot influenţa potenţialul dependenţei de drog.

Factorii stare-individ sau trebuinţe-individ implică caracteristicile fizice, emoţionale, intelectuale, sociale şi spirituale ale consumatorului de drog. Problemele emoţionale şi bolile fizice se pot constitui în factori ai accentuării consumului şi ca urmare pot juca un rol în dependenţa de drog.

Factorii de mediu includ presiunile amicilor, a "băieţilor de cartier" şi nu numai, modele famialiale şi comportamentale adiacente, normele culturale, practicile religioase şi convingerile, sistemul judiciar. Presiunea exercitată din partea membrilor familiei, a prietenilor şi a societăţii, pot inhiba sau încuraja consumul de drog şi astfel se poate constitui în factor de dependenţă la drog.

În această problematică nu există droguri sigure sau nesigure. Ceea ce determină siguranţa drogului nu este altceva decât interacţiunea agenţilor, starea individului şi mediul. Dependenţa la drog nu trebuie văzută doar ca funcţionare a consumatorului ci şi ca rezultat al interacţiuniii dintre individ (starea sa), substanţa specifică (agentul) şi locul în care se procedează la administrare (mediul).

Tendinţe în consumul de drog

Drogul cel mai frecvent consumat în zilele noastre este marihuana.

Un studiu american, comparativ, realizat în 1980 şi 1989, a înregistrat un declin în consumul primelor trei droguri ale anului 1980. În ciuda declinului anumitor droguri în rândurile studenţilor, abuzul de drog a devenit o problemă naţională critică pentru alte segmente de populaţie. Studiile au arătat creşterea procentuală puternică pentru consumul de cocaină. Prin termenul cocaină desemnăm derivaţii cocainei, cum ar fi crack-ul. Aceşti derivaţi sunt mai ieftini şi dezvoltă efecte mult mai rapide, mai puternice dar şi mai periculoase.

În SUA, s-a înregistrat faptul că în segmentul de femei cu vârsta de 18-34 ani, consumul de cocaină se răspândeşte deosebit de rapid. Această situaţie este alarmantă deoarece femeile gravide pot transfera şi fătului starea de dependenţă.

S-a sugerat că tipul de drog ce va fi consumat este puternic influenţat de modul characteristic individului de a se relaţiona cu mediul înconjurător.

Genul de persoană detaşată va alege narcoticele "tari" şi aceasta pentru a înlesni indiferenţa şi retragerea din lume.

Ne putem aştepta ca tipurile pasive şi, cele ambivalente să aleagă sedativele pentru a-şi asigura o dependenţă liniştită.

Persoanele passive, care apreciază independenţa îşi doresc lărgirea cercului social fără implicarea socială implicându-se astfle în consumul de droguri halucinogenice.

În general, oamenii pot experimenta pur şi simplu droguri doar de dragul de a sta lângă grupul consumator. Identificarea acestui gen de grup poate fi asociată cu cel al tinerilor care îşi manifestă atitudinea rebelăîmpotriva societăţii.

În mod cert, descrierile enunţate aici sunt speculaţii. Necesitatea consumatorului poate fi tradusă prin trebuinţa acestuia de a se simţi împlinit, satisfăcut sexual, fără lupta agresivă şi să nu simtă durere şi anxietate. Utopia devine ceva normal; ei dezvoltă mecanisme escapiste (de fugă din realitate) iar narcoticele îi ajută cel mai bine să realizeze acest fapt.

Deşi multe societăţi au asociat consumul de drog cu criminalitatea, totuşi în ţările dezvoltate se consideră consumul ca o problemă medicală ce poate fi soluţionată prin diverse moduri terapeutice.

TEORIE. CERCETARE. MODELE EXPLICATIVE.

Teoria psihanalitică.

Punctul de vedere psihanalitic este acela că, dependenţa chimică rezultă din eforturile de rezolvare în stadiul oral al dificultăţilor de dezvoltare psihosexuale (Ace AM, Smith D., 1987). Această perspectivă susţine că individul acţionează din prisma conflictului inconştient de independenţă–dependenţă. Deteriorarea capacităţii de testare a realităţii, slaba capacitate de control a impulsului, egocentrismul, incapacitatea de a negocia cu tensiunea realităţii şi de dirijare a plăcerilor, teama de intimitate interpersonală, sunt aspecte regăsite în unele situaţii la indivizii dependenţi de drog şi sunt explicate ca un blocaj la stadiul oral.

Modelul biologic.

Înţelegerea consumului de drog din perspectivă biologică este mai complicată. Modelul atribuie abuzul de substanţe interrelaţiei biofiziologice dintre consumator şi substanţă. Studiul opioidelor endogene, al endorfinelor reprezintă un exemplu al orientării biologice asupra abuzului de substanţe. Este de sperat că această incursiune va ajuta la înţelegerea cauzelor biologice a creşterii susceptibilităţii la abuzul de opiacee, ca şi a mecanismelor de creare a dependenţei. S-au descoperit receptorii opiaceelor pentru opioide endogene şi au fost definite acţiunile funcţionale şi sursele celulare pentru opioidele endogene (National Institute on Drug Abuse, 1987). Cercetarea asupra markerilor biologici şi genetici reprezintă un alt exemplu al modelului biologic, prin care se pot eventual identifica persoanele cu risc astfel încât să se poată oferi o consiliere adecvată (Sparkas R.S., 1980; Tihan E., 1999; Ghiza L., Tihan E., 1999). Ca exemple de markeri sub revizuire curentă ne putem referi la diferenţele farmacogenetice din metabolismul enzimelor, din antigene sau din grupele de sânge şi din polimorfele de ADN. Cercetarea pe lanţul genetic se referă la localizarea precisă a genelor alături de acelaşi cromozom şi se poate determina care membri ai unei familii cu risc posedă gena ce produce susceptibilitatea. S-au elaborat studii asupra asocierii maladiilor şi a statutului genetic cum ar fi modificările ce survin la producţia de limfocite şi la nivelul aberaţiilor cromozomiale (Sparkas, 1986).

Au fost investigate diferenţele biologice din răspunsurile la drog pentru o mai bună înţelegere a dependenţei (Hamilton, 1986). Ca o variabilă semnificativă de corelaţie a fost inclus ciclul menstrual în structurarea cercetării psihofarmacologice. Există numeroase raportări despre modificările legate de ciclu în ceea ce priveşte consumul şi efectele drogului.

Modelul biologic este folosit pentru a explica întărirea pozitivă ce conduce la abuz şi dependenţă. Un puternic abuz de cocaină este legat de stimularea directă a sistemului cerebral cu localizare în hipotalamus. Cocaina prelungeşte activitatea dopaminei din sinapse prin blocarea mecanismelor de reabsorbţie a dopaminei, exact ca în cazul antrenării dopaminei în mecanismele de intrare, din alimentaţie (Wise, 1984).

Modele psihosociologice: Stres – Adaptare.

Teoria asupra stressului sugerează faptul că recurgerea la substanţe reprezintă un mecanism de soluționare în sensul diminuării emoțiilor negative sau de accentuare a emoțiilor pozitive. Orientarea adaptativă spre dependenţă evidenţiază homeostazia ca factor motivant în consumul de drog. Indivizii încearcă să soluţioneze provocările, solicitările mediului prin activarea cu ajutorul drogurilor, a resurselor disponibile inadecvate. Această abordare a dependenţei evidenţiză etapele modificării şi ne orientează către diferitele tipuri de învăţare corespunzătoare fiecărei etape, de la inițiere la rutină. Situațiile de risc crescut ce decurg atât din consumul primar de inițiere (ca presiune a grupului de prieteni) şi recidivă sunt aspecte cărora această teorie le acordă toată considerația.

Diferenţele între sexe şi interdependența la consumul de heroină ca mecanisme de adaptare au constituit, de asemenea, teme de cercetare (Tucker, 1985). Ea a identificat diferența între sexe în paternul de consum al heroinei şi a atribuit aceasta diferenţelor între sexe în ceea ce priveşte sprijinul social şi solicitarea mediului. Chiar dacă bărbaţii au fost în mod frecvent consumatori ai unei plaje largi de droguri înainte de a se iniția în consumul de heroină, femeile au predilecţie în debutul consumului de drog, cu heroina. Tucker afirmă că inițierea femeilor în consumul de heroină are loc ca invaliditate de adaptare la situația socială de coexistență cu bărbatul care consumă heroină. Adaptarea femeii la un sistem de sprijin ce încurajează consumul de heroină a constituit începutul propriului ei consum.

De asemenea, susţinerea partenerului de consum de drog se face în mod diferit: femeile consumă heroină în cadrul unui context de solicitare a mediului, consumă o doză zilnică mai mică ca a bărbatului şi, de asemenea, recurg mai puţin la supradoză.

Disfuncţia familiei.

Unii specialişti explică abuzul de drog ca fiind declanşat de disfuncţia survenită în cadrul familiei. Abuzul de droguri, a unor adolescenţi poate apare ca urmare a procesului de destructurare a conceptului de familie moment în care evoluţia maritală se întrerupe, legăturile intergeneraţii devin confuze. Legăturile psihologice difuze şi respectul de sine scăzut în astfel de familii indică puternice sentimente de teamă existente, iar membrii familiei îşi permit exprimarea sentimentelor doar sub influența drogurilor. Astfel de familii sunt descrise cel mai bine ca sisteme ai căror membri sunt marcaţi de singurătate, devalorizare şi deprivare. Dependența de chimicale poate avea un istoric în arborele genealogic. Părinții din familiile de origine au avut experienţe limitate în ceea ce priveşte capacitatea de rezolvare a problemelor, interdependența şi conflictul de organizare. Ca parteneri într-un mariaj, nu au înţeles cum să emită decizii în colaborare şi au în general un mariaj nesatisfăcător. Poate exista o incidență crescută de incest, după cum părintele de sex opus încearcă să stabilească relații intime cu copilul. Părintele de

acelaşi sex este rejectat chiar dacă părintele de sex opus arareori încearcă să schimbe dependenţa de drog ce limitează potenţialul de independenţă al copilului. Se dezvoltă conflicte de genul geloziei părintelui de acelaşi sex pentru copilul dependent (Texter, 1987).

Atunci când părinţii nu pot coopera în familiile disfuncţionale, este imposibilă desemnarea limitelor mutuale, iar evoluţia adolescentului este nesupravegheată. Atenţia este atrasă prin comportamentul negativ, care serveşte la menţinerea homeostaziei familiei, iar separarea şi izolarea sunt dificil de stabilit pentru copil. Crizele generate de dependenţă se pot constitui ca unică modalitate de interacţiune între membrii familiei. Separarea de familia dependentului prin căsătorie sau alte modalităţi poate fi chiar sabotată şi ca adult, dependentul se poate întoarce acasă (Texter, 1987).

CONCEPTUL DE RISC.

Nu trebuie să mai amintim că întreaga lume este angajată într-o problemă extrem de serioasă, complicată şi persistentă: cea a drogurilor. SUA, alocase în 1987, 3,5 mld $ guvernului columbian pentru a purta un război pe toate liniile împotriva cartierului general al controlului internaţional de droguri. În România, treptat, mass-media raportează şi atenţionează asupra fenomenelor legate de consumul de droguri, din care, accidente de maşină, stop respirator, forme de violenţă, trafic de ţigări şi pliculeţe chiar în incinta liceelor.

Nu este clar ce le împinge pe atâtea şi atâtea persoane să recurgă la drog cu riscul de a muri. Să fie oare plăcerea exclusiv fizică ? Dorinţa de a se afirma, sfidând societatea, ale cărei legi sunt încălcate ? Să fie oare şantajarea alor săi? Imprudenţă, curiozitate, transformată într-o capcană fără ieşire ?

Răspunsurile nu pot fi nici exclusive şi nici generale. Statisticile arată însă că înrobiţii consumului de droguri se recrutează din rândul indivizilor celor mai defavorizaţi şi a celor mai prost integraţi din punct de vedere social.

Iată şi o statistică pe tipuri de consumuri în liceele din SUA.

Consumul de drog şi alcool în licee (în %), [după U.S.Dept. of Education (1988)]

Anul / Substanţă	1975	1980	1985	1986
Alcool	90,6	73,2	92,2	91,3
Marijuana	47,3	60,3	54,2	50,9
Cocaina	9,0	15,7	17,3	16,9
Heroina	2,2	1,1	1,2	1,1

Trebuie să spunem că toxicomanii au în comun căutarea unei plăceri imediate, obţinute fără efort. Într-adevăr, aceste substanţe stimulează „centrii plăcerii" descoperiţi în creier de către J. Olds. Dar aceleaşi structuri, numite şi sistemul recompensator al creierului, ne procură bucuria atunci când am realizat o operă frumoasă, am săvârşit o faptă bună sau pur şi simplu ne-am terminat în mod satisfăcător munca, ca să fim în ton cu sloganul mineriadelor PDSR-iste, „*Noi muncim, nu gândim*".

Folosirea drogurilor nu ar fi atât de blamabilă dacă stimularea repetată a centrului plăcerii nu ar duce la obişnuinţă, ceea ce necesită doze mereu crescute. În mod corelativ se produce un fel de "inerţie" sau de non-reacţie a acestor structuri cerebrale la activităţile fizice sau intelectuale, a căror recompensă normală era plăcerea. În asemenea condiţii, nu-i rămâne subiectului

deziluzionat decât disperarea sau întoarcerea la drog. Este aproape imposibil să se lupte împotriva plăcerii obţinute fără efort, ajungându-se la situaţii de risc.

Totuşi, noţiunea clară de risc pare să fie uneori interpretată eronat. De exemplu, se poate afirma despre un grup că, fumătorii sunt expuşi la un risc mai crescut de a dezvolta cancer de plămâni faţă de nefumători. Pe de altă parte nu se poate spune că toţi fumătorii vor deceda datorită cancerului sau că nefumătorii nu vor suferi niciodată o astfel de condiţie. A se expune unui risc crescut datorită abuzului de droguri implică faptul ca individul să se supună unor şanse sporite, unei posibilităţi mărite sau unei predispoziţii crescute de a deveni un consumator de drog. Nici o corelaţie de atribute biologice, psihosociale nu pot prezice cu certitudine care individ va deveni actor pe scena drogurilor.

CONSUMUL DE SUBSTANŢE PSIHOACTIVE

Deşi toate substanţele pot genera probleme, totuşi substanţele psihoactive prezintă cel mai mare potenţial pentru abuz. Acest tip de substanţe afectează diferite structuri cerebrale care controlează dispoziţia, conştiinţa şi comportamentul.

Există două substanţe psihoactive importante, alcoolul şi nicotina, care sunt asociate cu astfel de probleme răspândite pe scară largă. În rândul substanţelor psihoactive rămase, unele se constituie în subiect al abuzului de către pacienţi, altele sunt dobândite pe cale legală iar altele sunt vândute ilegal. Alte substanţe sunt găsite în mod strict doar pe stradă, nefiind folosite în scop medical. Ele sunt comercializate şi utilizate cu totul în afara legii.

Stare de fapt :

Farmaciile cu program de noapte sunt asaltate de drogati

ALEXANDRA POPESCU
Miercuri, 20 Octombrie 1999

FARMACIILE CU PROGRAM DE NOAPTE SUNT ASALTATE DE DROGATI

Cele câteva farmacii cu program permanent care functioneaza la ora actuala in Bucuresti sint terorizate de drogati sau invadate de cumparatori inraiti care-si aduc aminte, in miezul noptii, ca dulapiorul cu medicamente este gol. Intr-o asemenea situatie este Farmacia nr. 20 de pe Calea Serban Voda, nr. 43, care, potrivit declaratiei uneia dintre farmaciste, vinde de aproximativ sapte milioane de lei pe noapte. Toate bune si frumoase pâna când au inceput sa apara clienti dubiosi, tineri, cerând **insulina sau alte medicamente cu efecte similare drogurilor**. Pentru ca omul se cunoaste si dupa infatisare, de cele mai multe ori farmacistele refuza sa le vânda medicamente halucinogene. Din cauza asta foarte multe au parte de adevarate spectacole când lucreaza in tura de noapte, fiind nevoite sa apeleze la politie. "In ultimul timp am cam avut probleme si vad ca acum, noaptea, sunt patrule ale politiei care trec si prin fata farmaciei".

Efectele drogurilor

Drogurile produc o plajă largă de efecte, dorite şi nedorite, atât la nivelul fiziologic cât şi neurologic. Indiferent dacă drogul afectează planul fizic, mental sau ambele, acesta îşi produce efectele interacţionând cu părţi specifice ale organismului.

Interacţiunea drogurilor cu sistemul celular.

În ce mod acţionează un anumit drog pe o problemă specifică? De ce un anumit drog acţionează asupra vaselor sanguine iar un altul asupra sistemului nervos?

Una din explicaţii o constituie ideea că drogurile afectează doar locaţiile receptorilor specifici pe celulele pe care se fixează moleculele[1)] de drog. Moleculele de drog nu acţionează asupra întregii celule ci doar pe receptor. Drogul acţionează doar asupra celulelor care au receptori compatibili cu cei ai moleculelor.

Pentru a se determina dacă un drog va acţiona pe un tip anume de celulă, se impune să se identifice gradul de compatibilitate care există între moleculele de drog şi receptorii celulelor.

Efectele secundare ale drogurilor. Dacă un drog acţionează doar pe o locaţie în organism, locul unde există o problemă, atunci sarcina medicului este relativ simplă. Din nefericire, nu ne putem baza pe ideea că, drogurile acţionează astfel în toate circumstanţele. Toate drogurile prezintă efecte secundare, efecte neaşteptate şi cu acţiuni diferite de scopul esenţial al drogului. Unele efecte secundare pot apare imediat iar unele după o perioadă de timp; unele se remit rapid iar unele se instalează permanent, unele sunt uşor de ignorat iar altele sunt foarte periculoase, probabil chiar cu caracter de ameninţare la viaţă.

Ce anume provoacă efectele secundare? În primul rând unele substanţe sunt mult mai puţin selective decât altele în ceea ce priveşte receptorii cu care ele interacţionează. Anumite substanţe folosite pentru tratarea infecţiilor bacteriene, au misiunea să caute şi să distrugă bacteriile invadatoare. Din nefericire, aceste substanţe se intersectează şi distrug celule sanguine sănătoase sau celule gazdă pentru bacteriile ţintă, având ca rezultat deteriorarea sângelui, a glandelor şi a organelor vitale. Descrierile medicale ale substanţelor includ uneori termeni ce denotă riscurile organelor specifice.

Consumul de droguri poate aduce subiecţilor respectivi riscuri crescute, datorită variaţiei factorilor de stare sau caracteristicilor, cum ar fi compromiterea sistemului imunitar, deteriorarea organelor şi a sarcinii. Studiile de specialitate au arătat că o combinaţie a problemelor şi declinul fiziologic ce însoţesc cursul vieţii, crează populaţiei vârstnice o disponibilitate sporită pentru reacţii adverse.

Atunci când se dau sau se prescriu oricare dintre substanţe, în special dacă există posibilitatea unei vătămări, medicul trebuie să ţină cont întotdeauna de ***raportul risc-beneficii***. Astfel, medicul trebuie să cântărească cât de bună este substanţa pentru a lupta împotriva unei ameninţări potenţiale a pacientului.

Alergiile la substanţă. O alergie este o supra-reacţie la o substanţă specifică, generată de sistemul imunitar. Alergiile la substanţe pot dezvolta multe reacţii, de la uşoare neplăceri până la şoc ce poate ameninţa viaţa, situaţie în care presiunea sanguină poate coborî atât de mult încât persoana poate deceda. Alergia la substanţe reprezintă dificultatea majoră. Acest fapt este cu atât mai important dacă subiectul are o infecţie şi este alergic la un antibiotic cunoscut ca fiind foarte eficient. Din fericire, astăzi sunt disponibile medicaţii alternative. În unele cazuri, o alergie la o substanţă va îngrijora persoana pentru a nu avea situaţii similare la alte substanţe apropiate. Această situaţie este cunoscută ca fiind o sensibilitate încrucişată.

Sedative, hipnotice.

Acest gen de substanţe prezintă fie efecte sedative (calmante) fie hipnotice (inductoare de somnolenţă). Diferenţa dintre efectele acestor substanţe constă doar în dozaj. Din punct de vedere tehnic ele sunt cunoscute ca fiind depresive, ele diminuând activitatea sistemului nervos central. Această grupă de substanţe includ barbituricele şi substanţele antianxietate.

[1)] O moleculă este cea mai mică unitate funcţională de substanţă chimică.

Barbituricele. Barbituricele se clasifică în substanţe de scurtă acţiune cu efecte ce durează mai puţin de 6 ore, substanţe cum sunt Amital, Seconal, Nembutal şi, substanţe cu acţiune de lungă durată, cum ar fi, printre altele, Luminal, Butisol. Barbituricele sunt folosite în primul rând pentru tratarea insomniei sau mai puţin întâlnite, pentru sedarea zilnică. Unele barbiturice prezintă şi proprietăţi anticonvulsivante.

Substanţele antianxietate. Aceste substanţe printre care găsim Valium, Serax, Atarax, sunt larg răspândite în reducerea anxietăţii. Unele prezintă proprietăţi de relaxare musculară iar altele s-au dovedit utile în controlul anumitor crize convulsivante.

Riscuri potenţiale. În urma administrării sedativelor/ hipnoticelor, pot apare o varietate de efecte secundare cum ar fi dispoziţie proastă, durere de cap, greaţă, vertij, somnolenţă. Subiecţii pot fi astfel victime ale accidentelor. Mai mult decât atât, aceste substanţe prezintă prin supradoză riscul de deces.

Un pericol deosebit apare prin interacţiunea acestor substanţe, consumul unui sedativ/hipnotic cu un altul sau cu un tip diferit de depresive. De fapt, pe lângă problema dependenţei, cel mai mare pericol în cazul acestor substanţe îl constituie combinarea substanţei cu un alt depresiv, în special alcool. Se ştie că adolescenţii combină sedative, hipnotice cu alcool pentru producerea unei intoxicaţii ridicate. Efectele depresive dezvoltate de ambele tipuri de substanţe pot cauza stări critice, inclusiv coma şi chiar exitus.

Persoanele care îşi administrează astfel de substanţe trebuie să conştientizeze potenţialul letal şi astfel să evite pe cât posibil consumul de alcool pe parcursul curei medicamentoase.

Un alt risc în privinţa acestor substanţe îl constituie dependenţa. Pacienţii pot dezvolta cu uşurinţă o toleranţă la o doză de 15 ori mai ridicată decât cea normală.

Simptomele de sevraj experimentate de către subiecţii dependenţi de aceste substanţe au un aspect deosebit de sever. Tabloul debutează cu nervozitate, tremor şi stare de slăbiciune. Dacă nu se tratează, consumatorii acestor tipuri de substanţe pot declanşa convulsii gen epileptic, psihoze toxice cu iluzii şi halucinaţii şi, îşi pot pierde conştiinţa. Cele mai severe simptome ale sevrajului netratat pot dura aproape 4 zile şi se pot dovedi fatale. Dacă o femeie gravidă este dependentă de sedative, hipnotice, atunci copilul va suferi la scurt timp după naştere un sindrom de sevraj.

Stimulantele

Cel mai folosit stimulent (excitant) este cofeina. Consumul de mari cantităţi de băuturi ce conţin cofeină cum ar fi cafeaua şi cola, poate produce vătămarea organismului. În primul rând, consumul de cafea pe stomacul gol produce chiar de 3 ori mai mult suc gastric.

Alte două tipuri de stimulente, amfetaminele şi cocaina, sunt extrem de periculoase.

De fapt, stimulantele activează sistemul nervos simpatetic, parte a sistemului nervos autonom, care pregăteşte organismul să soluţioneze situaţiile de stres, prin ceea ce se cunoaşte ca fiind răspunsul "luptă sau fugi". Stimulantele declanşează acest mecanism într-un mod neadecvat, când de fapt nu este necesar. În timp ce cofeina realizează această manifestare la un nivel relativ redus, alte stimulente mult mai puternice o fac pe o scală mult mai amplă.

Cofeina. Puţini oameni realizează ce efect are cafeaua şi cât de rapid acţionează. În mai puţin de 5 minute după consumarea unei ceşti de cafea, cofeina ajunge în orice punct din organism. Aceasta accentuează fluxul de urină şi acidul din stomac, relaxează în mod involuntar musculatura, sporeşte absorbţia de oxigen şi creşte ritmul metabolismului obişnuit. De

asemenea, accentuează forţa de contracţie cardiacă iar o cantitate prea mare de cofeină conduce la un ritm cardiac neregulat.

Amfetaminele. Amfetaminele, cunoscute uneori ca pilule pentru curaj sunt droguri sintetice ce includ Benzedrină, Dexedrină.

Amfetaminele au o oarecare legitimitate în consumul medical. Ele pot fi folosite în tratamentul stărilor extrem de rare denumite narcolepsie (o necesitate incontrolabilă de somn profund pentru scurte perioade de timp) şi pentru tratamentul hiperkinezic (supraactivitate necontrolată) la copii. În mod interesant, efectele amfetaminelor au caracter paradoxal la copiii hiperkinetici: ei se calmează în loc să fie excitaţi.

Pe lângă cele folosite, unele amfetamine au fost combinate cu altele sau cu barbiturice ori cu tranchilizante, într-o varietate de produse solicitate pentru controlul greutăţii. Nu se recomandă folosirea amfetaminelor pentru suprimarea apetitului. După 2-4 săptămâni ele nu mai sunt eficiente iar riscurile sunt cu atât mai îngrijorătoare, multe persoane devenind astfel dependente de amfetamine.

Mai recent, pe piaţa drogurilor au apărut noi forme de meta-amfetamine. Denumite, "ice", "glass", "freeze" sau "quartz", ele seamănă cu bucăţi de zahăr candel şi sunt inhalate după ce au fost încălzite în pipă. Rezultatul imediat este euforia accentuată şi sentimentul de vigilenţă şi încredere dar, atenţie, sevrajul generează o depresie intensă, iritabilitate şi insomnie, ca efecte frecevente. De asemenea, au apărut efecte psihotice deosebit de serioase.

"Caciula libertatii"

ION GIRNOD
Vineri, 23 Octombrie 1998

Un nou halucinogen penetreaza piata drogurilor, la Sibiu: "Caciula libertatii" Produsul este obtinut prin pisarea unor specii de ciuperci

Chiar daca, in mod oficial, nu sunt inregistrate persoane dependente de stupefiante, nu inseamna ca la Sibiu acest flagel nu exista. Ba, dimpotriva, se poate spune ca tinerii din municipiul de pe Cibin, pentru care consumul de droguri a devenit un mod de viata, sunt artizanii unui nou compus care si-a câştigat deja prozeliti. Primele semnale in acest sens au aparut zilele trecute, când cinci tineri, cu virste sub 20 de ani, prezentind simptomele unor intoxicatii cu ciuperci, au apelat la Salvare. Acestia au recunoscut, ulterior, ca starea lor de disconfort, manifestata prin senzatii de voma si dureri stomacale, s-a datorat celui mai nou produs in materie de droguri, denumit argotic "Caciula libertatii". Obtinut prin mojararea (pisarea) unor specii de ciuperci, uscate, acest compus are un puternic efect halucinogen. El se administreaza fie oral, fie in amestec cu tutunul. Potrivit specialistilor, mutatiile genetice ale ciupercilor semnalate in anumite perioade ale anului pot face din "Caciula libertatii" un produs care te inalta definitiv in imparatia cerurilor.

Canabis
Manifestările psihologice sunt destul de variabileca răspuns la consumul de canabis. Variaţiile de dipsoziţie pot include râsul, aspectul hilar şi euforia. Distorsiunile de percepţie pot include spaţiul, timpul, distanţa cât şi sentimentul organizării schemei corporale. De asemenea, procesele gândiriise dezorganizează, apărând fragmentări, tulburări de memorie şi comutări frecvente (instabilitate) a atenţiei însoţite de blocaje ale fluxului ideativ. Persoana poate experimenta (înregistra) pierderea într-o oarecare măsură a contactului cu realitatea în sensul cănu se implică emoţional în ceea ce face. Aceasta poate conduce la o etaşare considerabilă cât şi la depersonalizare.

Experienţele subiective nedorite includ teama, anxietatea sau panica. Aceste efecte variază considerabil în funcţie de gradul, mediul şi durata de consum.

În ciuda volumului mare de literatuiră existentă, există insuficiente date valoroase care să sprijine oricare dintre concluzii referitoare la consum.

Moduri de administrare.

Există două principii fundamentale responsabile de consumul de drog:

- Acceptarea substanţei pentru efectul necesar şi conştientizarea altor efecte ale substanţei.
- Modul de administare poate influenţa efectele.

Calea prin care substanţa intră în organism este cunoscută drept rută de administrare.

Substanţele pot fi îngiţite, injectate, inhalate, implantate, aplicate pe piele sau administrate

prin orificiile corpului. Ruta de administrare poate fi un factor crucial în generarea efectelor.

Cele mai obişnuite rute de administare sunt orală, injecţii, inhalaţie.

Administrarea orală. Majoritatea medicamentelor sunt luate pe cale bucală, prin gură. Acestea se dizolvă în stomac şi se amestecă în conţinutul stomacal şi în intestinul subţire. Astfel, ele pot trece din tractul gastrointestinal în sânge, de unde vor circula prin organism.

Substanţa administrată pe cale orală este absorbită mult mai rapid dacă stomacul este gol. De aceea, dacă se doreşte o absorbţie rapidă, medicul va instrui pacientul să ia medicaţia înainte de masă. Totuşi, unele substanţe pot irita stomacul şi de aceea ar trebui luate în timpul sau după masă.

Uneori medicaţia nu poate fi luată pe cale orală. Unele substanţe sunt distruse de sucul gastric, în stomac sau subiectul nu poate suporta nimic din ce este luat oral. Alţi indivizi au probleme cu înghiţitul pastilelor.

Injecţiile. O substanţă administrată pe cale parenterală invadează organismul într-o altă manieră decât cea prin tractul digestiv. Cea mai cunoscută metodă de administrare parenterală este **injecţia**, fie **subcutanată** (sub piele), **intramusculară** (i.m., în muşchi) sau **intravenos** (i.v. – în venă). Injecţia i.v., care introduce substanţa direct în sânge, reprezintă modul cel mai rapid de invadare a fluxului sanguin. În situaţiile care ameninţă viaţa, acest avantaj de timp poate fi crucial. Un alt avantaj este acela că pereţii vaselor sanguine sunt relativ insensibili şi pot tolera mai bine anumite substanţe iritante. Un dezavantaj al injectării i.v. este acela că necesită un echipament special cât şi aptitudini şi, astfel ele trebuie realizate doar de personal medical pregătit.

Inhalaţia. Inspirarea în plămâni a substanţei permite acesteia să fie rapid absorbită în fluxul sanguin fără accesoriile necesare în cazul injecţiilor. O substanţă inhalată vine în contact direct cu o reţea bogată de capilare din nas, gât, bronhii şi plămâni şi este absorbită în fluxul sanguin prin alveole şi pereţii capilarelor.

Inhalaţia prezintă anumite dezavantaje. De exemplu, nivelele dozei sunt foarte greu de stabilit iar anumite substanţe nu se răspândesc prin ţesutul pulmonar pentru a ajunge în sânge. Mai mult, inhalarea unor droguri poate deteriora organismul şi să irite ţesuturile delicate de pe traseul sistemului respirator.

Un alt factor important, ca efect al drogurilor, îl constituie relaţia timp-răspuns, şi anume, cât timp este necesar pentru ca substanţa să producă efectul dorit şi cât timp va dura efectul.

Distribuţia şi rapiditatea efectului. Diferitele tipuri de substanţe prezintă diferite moduri de răspândire în organism. Majoritatea afectează acele părţi din organism care sunt puternic irigate sanguin (creier, inima, ficat, rinichi) şi aceasta înainte de a se focaliza pe organele interne şi pe musculatură, ţesut adipos şi piele. Totuşi, unele substanţe se orientează spre zone specifice din organism. De exemplu, iodurile se orientează către glanda tiroidă.

Viteza cu care substanţa afectează, poate varia în funcţie de modul în care este distribuit. Unele substanţe reacţionează aproape imediat cu organismul (alcoolul se deplasează rapid în fluxul sanguin, către creier), pe când altele reacţionează lent. De asemenea, durata efectelor depinde de modul în care substanţele sunt depozitate în organism. Substanţele depozitate în grăsimi rămân mai mult timp în organism faţă de cele acumulate în muşchi.

Alterarea chimică şi durata efectelor. Derularea unor reacţii în organism pot altera substanţele din punct de vedere chimic, astfel încât în timp, diferiţi compuşi se varsă în sânge. Unele substanţe medicamentoase se combină cu proteinele organismului chiar în sânge, iar altele sunt descompuse în componente chimice foarte mici, de către ficat, rinichi şi tractul GI.

O substanţă nealterată chimic se elimină mai lent şi poate continua să rămână activă mult timp în organism. De exemplu, cantităţi reduse de diazepam pot rămâne în organism chiar mai mult de 8 zile. Anumite substanţe, cum ar fi marihuana, sunt stocate în ţesutul adipos şi, sunt reţinute mult timp după absorbţie.

Excreţia substanţelor din organism. Substanţele sunt eliminate din organism în diferite moduri. Rinichii sunt cei care depun cel mai mare efort în eliminarea substanţelor prin excreţia în urină. Alte forme de eliminare constau în fecale, respiraţie, lacrimi, salivă şi transpiraţie.

O altă cale de excreţie o constituie laptele mamei. Atunci când mama care alăptează primeşte medicaţie, aceasta este excretat în laptele de piept, uneori având chiar o concentraţie ridicată. Deoarece acest fapt poate pune copilul în pericol, mama care alăptează trebuie să ia medicaţie doar sub supraveghere medicală.

Relaţia doză-răspuns

Este nevoie doar de o mică cantitate de drog pentru a produce un efect specific, cunoscut ca doză prag, doză care variază de la o persoană la alta. De exemplu, unele substanţe tranchilizante sunt folosite în doze ce variază de la 2 la 50 mg.

Doza eficientă vs. **doza letală**. Ca punct de referinţă, medicii se referă la doza care produce efectul dorit la 50% din subiecţi. Aceasta este aşa numita doză eficientă 50. Cu siguranţă, doza eficientă pentru un anume subiect nu este neapărat aceeaşi cu DE 50. În funcţie de anumiţi factori, cum ar fi greutatea, sexul, starea de sănătate, metabolismul pe ansamblu cât şi istoricul medicamentelor folosite, o persoană poate lua mai mult sau mai puţin dintr-un anume medicament decât o altă persoană, şi aceasta pentru a obţine un acelaşi efect terapeutic.

La fel de adevărat este faptul că, orice substanţă prezintă şi un nivel de doză letală (DL). Studiile statistice au stabilit doza care poate provoca decesul la 50% dintre cei expuşi (DL50). Aceasta este de o importanţă deosebită deoarece medicii au nevoie de o marjă rezonabilă de siguranţă situată între doza eficientă şi doza letală. Medicii se referă la acest interval ca la un index terapeutic.

Studiile psihologice realizate cu subiecţi medici au evidenţiat procese cognitive intense asociate momentelor recomandării medicaţiei.

Cu siguranţă că, o substanţă cu un index terapeutic ridicat (o plajă largă între doza eficientă şi doza letală) prezintă un grad de siguranţă mai ridicat decât una cu index scăzut.

Pentru multe substanţe, potenţialul de a produce vătămarea este legat în mod specific de cantitatea luată. Mai mult decât atât, supradoza este mai puţin probabil să apară la unele substanţe decât la altele. Au fost înregistrate multe decese, în mod accidental şi altfel spus, datorită supradozei din pastilele somnifere, alcool şi stimulatoare puternice cum ar fi amfetaminele.

Interacţiunile substanţelor. Un risc sever şi adesea neprevăzut îl constituie interacţiunea dintre două sau mai multe substanţe. O problemă de interacţiune apare atunci când o substanţă blochează sau anihilează efectele unei alte substanţe active. De exemplu, un antacid poate deregla acţiunea unui antibiotic, prin eliminarea gradului de absorbţie.

O altă problemă de interacţiune se referă la efectele secundare. O substanţă activă poate dezvolta efecte secundare mai ample decât o alta.

O a treia problemă a interacţiunii apare atunci când două substanţe, ambele cu efecte similare, sunt luate împreună sau la un interval scurt. Ca rezultat poate apare nu atât însumarea efectelor cât o extremă amplă. O combinaţie potenţial letală o constituie ingerarea de alcool cu sedative.

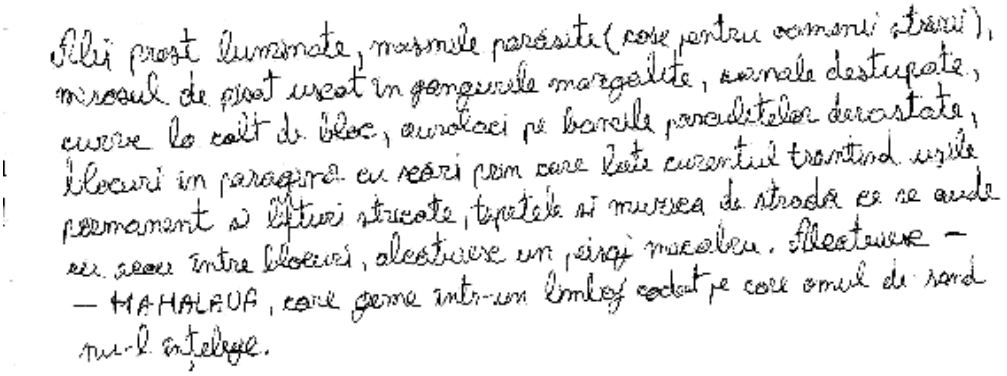
Riscurile potenţiale. Oamenii devin dependenţi fizic atât de cofeină cât şi de amfetamine. Aceste droguri induc tot felul de riscuri. Pentru majoritatea subiecţilor 3-4 ceşti de cafea pot genera iritabilitate, durere de cap, tremor şi nervozitate. O cantitate dublă poate induce halucinaţii şi convulsii. Persoanele care consumă cel puţin 5 ceşti de cafea pe zi pot suferi pentru câteva zile simptome ale sevrajului, inclusiv greaţă, dureri de cap, iritabilitate şi oboseală.

Persoanele care consumă cafea în mod regulat pot resimţi respiraţie rapidă, palpitaţii, agitaţie şi modificări ale dispoziţiei.

Cofeina poate aduce şi alte pericole. Studiile au asociat cofeina cu bolile de inimă, tumorile benigne şi maligne, cancer de pancreas şi cu defecte la naşterea copilului. Totuşi, alte studii au respins aceste aspecte.

Fără îndoială, este o idee bună ca femeile însărcinate să evite cofeina ca de altfel orice altă substanţă.

În ţară, situaţia este îngrijorătoare, pe de o parte datorită climatului social degradat şi deoarece copiii au început să consume foarte multă cofeină. Chiar şi cola consumată de un copil de 7 ani este ca un drog iar mulţi copii, chiar şi sub 7 ani consumă zilnic o doză mult mai mare. Referitor la climatul social iată ce scrie un tânăr de 17 ani (2002).



fără proşti luminate, maşinile parcate (care pentru oamenii străzii), mirosul de piaţă uscat în genţuţele murdărite, canale destupate, cuvinte la colţ de bloc, aurolaci pe barcile pavaliţelor decorative, blocuri în paragină cu scări prin care bate curentul traversând uşile permanent şi lifturi stricate, tipătele şi mizeria de stradă ce se aude şi acasă între blocuri, alcătuiesc un peisaj macabru. Alcătuiesc — — HAHALUA, care geme într-un limbaj codat pe care omul de rând nu-l înţelege.

(A.B., 16-02-2002)

*

În mod frecvent amfetaminele induc efecte secundare cum ar fi nervozitatea, ridicarea TA şi dureri de cap, şi toate acestea chiar cu o doză mică. Dacă susbstanţa este folosită doar la o singură ocazie (în ajutorul studentului pentru susţinerea unui examen) nu vor exista efecte ulterioare. Totuşi, dacă subtanţa este luată într-o situaţie cu risc inerent, cum ar fi şofatul, există un pericol suplimentar. Efectele amfetaminelor se instalează instantaneu şi impredictibil, putând rezulta somnul sau chiar decesul consumatorului.

În doze mari sau consumate pe perioade prelungite, amfetaminele prezintă efecte neprevăzute printre care insomnia, vertijul, agitaţia, confuzia, delirul şi subnutriţia. Consumatorul poate dezvolta sentimente exagerate de încredere şi forţă care conduc la erori în disecernământ. Pentru unele persoane, consumul prelungit de amfetamine pot conduce la psihoze. În alte situaţii creşterea presiunii sanguine generate de consumul continuu de amfetamine poate tensiona vasele sanguine. Consumul intravenos de amfetamine poate conduce la exitus provocat prin spargerea vaselor sanguine ca în cazul accidentelor vasculare (stroke).

Ca o regulă, amfetaminele nu se consumă în sens recreaţional. Ele trebuie să fie consumate de indivizi care doresc sau care consideră că au nevoie de ele şi nicidecum să fie consumate în situaţii sociale. Astfel, primele două nivele ale dependenţei de drog şi anume, consumul experimental şi cel recreaţional, sunt ignorate în mod frecvent. Din nefericire, populaţia poate recurge rapid la consumul situaţional, intensificat şi compulsiv. Odată intraţi pe acest traseu, consumatorii vor descoperi că au o nevoie progresivă de drog. Se dezvoltă toleranţa iar dependenţa psihică este puternică. Deşi potenţialul pentru dependenţă fizică nu este mare ca în cazul sedativelor, hipnoticelor şi narcoticelor opiacee, există totuşi un anume grad de dependenţă fizică evidenţiată prin depresie, apetit crescut şi o nevoie crescută de a dormi atunci când consumul este suprimat.

Cocaina

Printre cele mai cunoscute droguri ilicite, cunoscute astăzi, se află şi cocaina, o substanţă foarte periculoasă. Extrasă din plante de coca din America de sud, cocaina este un stimulant strâns legat de cofeină, deşi este cu mult mai tare. La început, cocaina reduce apetitul şi induce sentimentul de bună dispoziţie, încredere şi vigilenţă, stări care durează 20-90 minute, funcţie de forma în care este luat drogul. Pe măsură ce efectele dispar, consumatorul trăieşte sentimente de anxietate care vor dura cel puţin câteva ore.

Consumul de cocaină. Din punct de vedere medical, cocaina este utilizată ca anestezic local în anumite proceduri chirurgicale. Aceasta amorţeşte ţesutul, constrictă vasele sanguine, ajută la reducerea sângerării. În consumul recreaţional este inhalată ("snorted") prin nări, injectată sau fumată. Consumatorii de cocaină inhalează pudra de drog, cunoscută drept coke, blow, toot sau foiţă. De asemenea, această pudră poate fi amestecată cu apă şi apoi injectată. Această procedură accentuează rapid starea consumatorului. Unii consumatori caută stări mult mai intense prin injectarea cocainei cu heroina, o combinaţie extem de periculoasă, procedură cunoscută sub numele "speedball".

Consumatorii fumează o formă de cocaină, cunoscută sub numele freebase sau o formă cunoscută drept crack. Fumatul drogului produce accentuarea stărilor, mai rapid decât inhalarea sau injectarea, deşi starea este foarte scurtă. În timp ce cocaina inhalată are puritate 20-50%, cocaina fumată se apropie de 100%. Crackul, o formă de rocă a drogului cocaină, are 25-90%. Introducerea granulelor de crack a atras un alt segment de populaţie, a celor cu venituri mici, datorită costului redus.

Riscuri potenţiale. În SUA, cocaina este drogul ce crează cea mai mare ameninţare la sănătatea publică. Institutul Naţional al Abuzului de Drog, din SUA, a apreciat că 2 milioane de indivizi

sunt consumatori de cocainã. În România se consumă toate formele de droguri, piaţa nefiind încă segmentată, orientată.

Deşi se spunea că, în cazul consumului de cocainã nu se crează dependenţă, totuşi, experimentele pe animale au demonstrat dependenţa. În aceste experimente maimuţele care au avut acces nelimitat la cocainã, au continuat să ingereze substanţa până au murit de epuizare şi subnutriţie. Acest tip de comportament este reflectat şi de consumatorii de drog, care adesea consumă subsanţa fără să se preocupe de propria sănătate, securizare sau bunăsatre. Majoritatea experţilor consideră că, crackul crează în mare măsură dependenţa, care poate surveni relativ la scurt timp după câteva încercări.

Cocaina este asociată problemelor cardiovasculare, inclusiv atac de cord şi aritmie, în probleme pulmonare şi în atacuri cerebrale. Consumul regulat de cocainã poate conduce la toleranţă şi dependenţă şi, adesea este însoţită de anxietate crescută şi depresie, iluzii paranoide şi subnutriţie. În timp ce cocaina produce mai întâi performanţe sexuale ridicate, consumul îndelungat generează disfuncţii sexuale atât la bărbaţi cât şi la femei. Consumul prelungit de cocainã poate produce şi mai rău, tremor şi convulsii, ca rezultat al pierderii coordonării motorii. Inhalaţiile repetate de cocainã pot produce distrugerea mucoasei nazale şi, în cazuri mai rare, poate conduce la perforarea membranei dintre nări.

Un alt pericol asociat cu cocaina şi cu alte droguri este legat de puritatea drogului. Consumatorii nu pot şti pe ce au dat teancul de bani. Analizele de laborator au identificat ca "ingrediente" în droguri, praf de sticlă, otravă pentru gândaci, cretă, etc.

Femeile gravide care consumă drog se expun unor riscuri crescute pentru avort sau naşteri premature. Mai mult chiar, copiii născuţi din părinţi consumatori manifestă semne de nedezvoltare cum ar fi înălţime redusă, greutate redusă la naştere, cap mic şi deteriorări neurologice. Cocaina consumată de femei gravide a fost asociată şi altor defecte la naştere, printre care maltformaţii ale inimii, craniului şi tractului gastrourinar. Copiii consumatorilor pot dezvolta de asemenea riscuri mari pentru dezvoltarea sindromului de deces subit la copii (SIDS-sudden infant death syndrome).

Marihuana

Marihuana, denumită şi iarbă, reprezintă al treilea drog recreaţional cel mai popular din SUA (după alcool şi tutun) şi posibil este cel mai răspândită dintre toate substanţele controlate. Marihuana, sau haşişul, are la bază fibra plantei Cannabis sativa, o răşină foarte concentrată şi foarte puternică din plantă. Ingredientul psihoactiv principal este THC, cantitatea acestei substanţe chimice în masa de marihuana determină potenţarea acesteia.

În consumul medical, cannabisul are o istorie de 5000 de ani, în mare parte ca analgezice. Înlocuit în mare parte de aspirină şi alte analgezice pentru acest scop, cannabisul are un potenţial terapeutic pentru tratarea glaucomului şi a unora din efectele secundare ale chimioterapiei cancerului.

Efectele pe termen scurt şi îndelungat. În doză medie, efectele marihuanei nu diferă foarte mult de cele generate de cantităţi moderate de alcool, apărând în plus distorsionarea percepţiei timpului, accentuarea ritmului cardiac, dilatarea vaselor sanguine oculare, accentuarea apetitului şi setei şi, unele stări de slăbiciune musculară. Aceste efecte pot dura chiar şi mai mult de 8 ore.

Alte efecte variază în funcţie de fondul individului, de mediu şi uneori se aseamănă cu cele ale sedativelor moderate sau chiar cu cele ale stimulentelor moderate. De asemenea, marihuana poate intensifica efectele alcoolului, cofeinei şi barbituricelor. Consumatorul de marihuana, instabil emoţional, poate reacţiona într-o manieră exagerată în aproape orice altă direcţie,

inclusiv panică severă sau paranoia. Dozele ridicate pot induce o dereglare senzorială semnificativă. Capacitatea de a gândi în mod clar şi de a învăţa este redusă prin consumul de marihuana.

Pe termen lung, consumatorii de marihuana pot dezvolta toleranţă la drog. Deşi riscul dependenţei fizice este probabil nesemnificativ, totuşi, dependența psihică este posibilă în mare măsură.

Riscurile potențiale. Consumul de marihuana pe termen scurt poate periclita subiecţii aflaţi în situațiile ce solicită deplina funcționare a capacității de percepție cât şi coodonarea motorie. Combinarea alcoolului cu marihuana prezintă riscuri deosebite.

Pe termen lung, riscul major în consumul de marihuana îl constituie deteriorarea respirației. La fel ca şi tutunul, marihuana poate bloca eficiența plămânilor. Există de asemenea dovezi conform căreia fumatul de marihuana deteriorează sistemul de apărare al plămânilor, expunându-i la riscuri crescute de dezvoltare a infecției. Deşi nu există o dovadă directă că fumatul de marihuana ar fi corelat cu cancerul de plămâni, totuşi, s-a constatat că reziduurile din fumat (ca şi tarul din fumatul tutunului) au produs tumori la animalele de experiment. Substanţele chimice cauzatoare de cancer, prin fumatul tutunului, sunt identificate la nivelele foarte ridicate prin fumatul de marihuana.

O altă preocupare serioasă în ceea ce priveşte consumul de marihuana pe termen lung, o constituie sistemul reproductiv. Numeroase studii au identificat nivele reduse de testosteron la bărbaţii fumători de marihuana, alături de alte două anormalităţi în spermă. Se consideră că aceste efecte sunt reversibile atunci când drogul este suprimat. La femei, consumul de marihuana a fost asociat cu întreruperea ciclului menstrual, cu sterilitate secundară.

O a treia preocupare față de consumul de marihuana este impactul asupra planului mental al individului. Chiar dacă gândirea delirantă, paranoia şi halucinaţiile au fost atribuite consumului de drog, este încă neclar dacă acesta generează aceste probleme sau accentuează o evidentă predispoziție. De asemenea, s-a sugerat că consumul îndelungat de marihuana conduce la aplatizarea ambiției şi tonusului, pierderea motivației, apatie, inactivitate, neglijenţă şi lipsa preocupării pentru viitor. Studiile nu au reuşit să evidenţieze conexiuni.

Solvenţii volatili.

Substanţele ce conţin solvenţi chimici volatili ce prezintă efecte psihoactive sau de alt gen, atunci când sunt aspirate în respiraţie, sunt denumite inhalanţi. Substanţele ce au fost inhalate cuprind benzina, lac de mobilă, insecticide, lchid de transmisie, solvenţi pentru pictură, aerosoli, lichide pentru curăţat şi lustruit, adeziv. Toate aceste substanţe pot vătăma organele vitale (plămânii, rinichii, ficatul, creierul) şi pot produce decesul.

Protoxidul de azot. Utilizat de către stomatologi ca anestezic, începând din 1840, protoxidul de azot (un gaz ilariant) este inclus pe lista celor mai slabi inhalanţi toxici. Totuşi, poate fi produs decesul dacă este inhalat cu insuficient oxigen. Mai mult, utilizarea îndelungată repetată poate genera deteriorarea nervilor, slăbiciunea muşchilor, pierderea auzului, modificări în ritmul cardiac, impotența şi anemia cu ameninţarea vieţii.

Azotatul de amil şi azotatul de butil. Azotatul de amil este o substanţă recomandată în tratarea anginei, o durere severă în piept datorită irigării sanguine şi oxigenării insuficiente a inimii. O substanţă similară, azotatul de butil nu a fost niciodată folosită în plan medical. Ambele substanţe au fost folosite în mod recreațional ca excitanţi sexuali. O substanţă asemănătoare izobutil alcool, produce efecte similare dar mai puţin intense decât azotatul de butil.

Efectele imediate ale inhalării de azotat include, durere de cap, vertij, relaxare musculară, accentuarea ritmului cardiac, scăderea TA, încălzire, vomă, chiar leşin. Aceste efecte se pot dovedi deosebit de periculoase pentru persoanele cu TA scăzută sau care au glaucom.

Consumatorii pot dezvolta toleranţă la azotaţi chiar dacă nu s-a înregistrat dependenţa fizică. Inhalarea unor volume substanţiale în decursul timpului poate conduce la stări în care hemoglobina normală nu va mai fi oxigenată. De asemenea, pe termen îndelungat există riscul dezvoltării vătămării cardivasculare. La persoanele în vârstă, pensionari ai mediilor îmbibate de solvenţi, s-au înregistrat psihoze cu delir, halucinaţii cu conţinut axat pe scene de otrăviri.

Narcotice opiacee.

Narcoticele opiacee induc consumatorului amorţirea atât fizică cât şi mentală.

Fig. 2 **Sevraj**

Psihologii, sociologii cât şi alte categorii de specialişti au subliniat în nenumărate ocazii că, narcoticele opiacee induc consumatorului amorţirea atât fizică cât şi mentală.

Ele acţionează ca un analgezic asupra sistemului nervos central, anulând durerea fără producerea pierderii de conştiinţă.

Narcoticele opiacee includ:

- Opiaceele: opiu, morfina, heroina.
- Opioidele: grupul de substanţe sintetice, care sunt asemănătoare chimic opiaceelor.

Opiumul, substanţa fundamentală, originară din Asia mică, se extrage dintr-o specie de mac. Elementul activ este morfina. Heroina, un derivat al morfinei, este de două ori mai tare decât morfina.

O variantă recentă a heroinei este "tango & cash", formulă ce combină heroina cu un tranchilizant. Rezultă un efect periculos care a generat deja decese, încă din primele luni de la ieşirea pe piaţă.

Consumul medical. Narcoticele opiacee sunt utile în planul medical pentru suprimarea durerii, controlul diareei şi suprimarea răcelii. Subiecţii cărora li se administrează sub prescripţie aceste substanţe nu devin dependenţi. Dacă morfina este recomandată pentru alinarea unei dureri severe, a unei vătămări, atunci subiectul va dezvolta dependenţă din momentul în care vătămarea a fost vindecată iar substanţa nu se mai impune ca necesară.

Riscuri potenţiale. Până în anii 1980, când s-a înregistrat o creştere a consumului de cocaină, heroina reprezenta problema prevalentă a drogurilor ilicite. Heroina este în mod tipic injectată i.v., chiar dacă uneori este injectată subcutanat sau inhalată. Persoana care foloseşte heroină se expune unui mare risc de a deveni dependentă fizic de drog.

De obiecei, consumatorii de heroină caută efectul de amorţeală mentală, estomparea gândurilor şi sentimentelor, momente ce pot include stări de extaz similare orgasmului sexual. Atunci când un consumator a devenit dependent, drogul este necesar de asemenea pentru evitarea sevrajului. Pe măsură ce consumatorul devine dependent, el poate dezvolta chiar şi toleranţă.

SUBSTANŢE PSIHEDELICE/HALUCINOGENE.

Substanţele halucinogene sunt acele droguri ce induc iluzii, distorsionare mentală prin creare de dispoziţii, gânduri şi percepţii care altfel nu s-ar desfăşura decât în vise.

Primele forme ale acestor substanţe au derivat din plante şi au fost utilizate în medicina populară şi ca aspecte ale ritualurilor religioase. În anii recenţi au fost dezvoltate şi alte forme.

LSD-ul ("acid"), un halcinogen bine cunoscut a fost dezvoltat la finele lui 1940. Pe lângă LSD, acest grup de droguri include o varietate de substanţe, unele, derivate din plante naturale iar altele create în laborator. Printre acestea se află PCP (un tranchilizant pentru animale), mescalina (derivat din cactusul peyote), psilocybin (derivat din ciuperci) şi alte substanţe cunoscute după abreviaţiile denumirilor chimice.

Niciunul dintre aceste droguri nu generează dependenţă fizică şi apare o mică dependenţă psihică iar toleranţa se dezvoltă doar la un consum frecvent. Pericolul real al halucinogenelor survine din efectele nepredictibile din timpul consumului şi mai rar, la mult timp după aceasta.

LSD. O doză medie de LSD produce un uşor vertij, stare de slăbiciune, dilatarea pupilelor şi alterarea percepţiei, distorsionarea simţului asupra timpului, înfundarea auzului şi, sinestezia, amestecarea simptomelor în care o persoană "aude" colorat sau vede "sunete". Simptomatologia psihologică include un şuvoi de gânduri în combinaţii noi, modificări rapide de dispoziţie şi sentimentul de deformare a organismului.

PCP. Feniciclidina, cunoscută de asemenea ca PCP, "praful îngerului" sau sub alte porecle, a avut la început utilizarea de anestezic uman, dar când au fost identificate proprietăţile secundare, substanţa a fost restrânsă la aplicaţii veterinare. Astăzi, PCP este o substanţă ilegală şi poate fi combinată cu alte droguri ilegale (în special THC, principalul ingredient psihoactiv din marihuana). Este disponibilă ca pulbere solubilă în apă, lichid sau tablete şi este luată pe cale orală, inhalată, injectată sau presărată pe marihuana, plante de bucătărie sau tutun şi, fumată.

Mescalina şi psilocybin. Mescalina este utilizată în cadrul ceremoniilor religioase ale americanilor nativi. Psilocybin este de asemenea parte a acestora încă de pe vremea aztecilor. Atunci când sunt luate în timpul ritualurilor tradiţionale şi sub supravegherea consumatorilor experimentaţi, aceste substanţe se pare că nu produc vătămări de durată. Totuşi, efectele pot fi riscante şi nepredictibile.

Riscuri potenţiale. Atât PCP cât şi LSD pot genera puternice reacţii adverse, chiar şi decesul. Consumatorii de LSD experimentează uneori "călătorii proaste", completate cu percepţii monstruoase, iluzii extreme şi panică severă. Astfel de reacţii sunt întâlnite în cazul dozelor mari şi a impurităţilor din droguri, deşi ele pot apare şi fără nici un motiv aparent. La unii subiecţi, LSD-ul poate induce o depresie severă, paranoia, psihoze cronice. Chiar şi consumatorii ocazionali de LSD pot experimenta flashback-uri, distorsionări perceptuale scurte, subtile, cât şi ideaţie bizară ce pot apare chiar şi la 5 ani după ultima experienţă cu drogul.

PCP este un drog care zăpăceşte şi panichează, având proprietăţi conflictuale. Poate acţiona nu doar ca un delirant cât şi ca un excitant, depresiv şi analgezic. Efectele acestuia pot varia de la o pesoană la alta sau, de la un moment la altul la o aceeaşi persoană. Dozele mici pot produce

senzaţia de intoxicaţie, euforia, amorţeală generală, gândire dezorganizată, discurs neclar, comportament ostil şi bizar sau, oricare din combinaţiile acestor efecte.

Doze uşor crescute produc greaţă, vomă, febră, pierderea controlului muscular sau coma.

Dozele mari pot conduce la oricare dintre aceste stări şi în plus, creşterea accentuată a TA şi ritmului cardiac, dezvoltarea comportamentului psihotic (inclusiv violenţă), convulsii, coma. PCP este cunoscută pentru producerea psihozelor similare schizofreniei şi, în mod ocazional incapacitate de deplasare.

La începutul anilor 80 începuse să apară o nouă clasă de droguri, denumite "designer drugs". Aceste substanţe au fost create în laboratoarele economiei substerane cu uşoare variaţii faţă de drogurile controlate, astfel încât ele mimau efectele acelor droguri. Totuşi, s-au făcut unele greşeli cu consecinţe grave, cum ar fi dezvoltarea unei stări de genul Parkinson.

Factori de risc.

Scopul principal al acestei secţiuni a fost de a structura un profil, de a surprinde acele trăsături, caracteristice sau experienţe pe care le-am sesizat mai des în literatura de specialitate şi în abordările personale asupra tinerilor consumatori de drog. Este foarte important ca aceşti factori să fie văzuţi mai degrabă ca o corelare la abuzul de drog decât cauze ale acestui comportament.

Dezvoltarea abuzului de substanţă, a dependenţei, este atribuită unei suite de cinci factori majori: fizici, socioculturali, familie, psihocomportamentali şi spirituali.

Factorii fizici includ susceptibilitatea genetică, deprinderile deficitare de îngrijire a sănătăţii, durerea, suferinţa, pot induce abuzul de drog. Consumul de drog poate surveni ca urmare a dereglării, a pierderii sănătăţii, în special când această alterare induce suferinţă. Deprinderile defectuoase, deficitare în ceea ce priveşte îngrijirea contribuie de asemenea la consumul şi abuzul de drog, iar un indicator (predictor) important asupra consumului curent de substanţă îl reprezintă consumul anterior de substanţă.

În vest, mai mult de 1/3 dintre bărbaţi şi 1/5 dintre femei au avut o experienţă cu cocaină până la vârsta de 20 ani (Kandel, Murphy, Karus, 1985). Totuşi, acest consum este în general limitat la mai puţin de 10 încercări. Frecvenţa în adolescenţă a consumului de marihuana reprezintă un predictor important pentru consumul frecvent de cocaină de la începutul vârstei adulte.

Factorii socioculturali includ normele culturale ce sprijină consumul de drog ca o activitate valoroasă. În România sfârşitului de mileniu nu putem afirma existenţa unor modele în consumul de drog, dar datorită haosului în legislaţia existentă şi în comunicarea din aparatul administraţiei de stat începe să se contureze acceptarea şi prestigiul comportamentului de consum de drog.

Familiile dezordonate, caracterizate de haos, pot recurge la consumul de droguri pentru a reduce posibilitatea modificării de structură în familie ca sistem. În timp ce membrii familiei se focalizează pe consumul de drog al unui membru al familiei, ei ignoră aspectul fundamental al nefericirii personale şi disfuncţionalitatea rolurilor şi statutului familiei ca sistem.

Este mult mai probabil ca, tinerii, consumatori de drog să provină din familii cu interacţiune deficitară, în care crizele sunt manifestări frecvente, iar atitudinile părinţilor şi comportamentul cu rol modelator al terţilor sprijină consumul şi/sau abuzul de alcool, tutun, drog. Tinerii sunt expuşi unor riscuri crescute pentru consumul de drog dacă ei provin din familii cu membri ce au experimentat sau sunt dependenţi de drog sau în care părinţii consumă băuturi sau droguri tari fie în ideea recreerii sau ca modalitate de soluţionare a unor probleme (Kandel, 1980).

Blum (1978) a observat că în familiile în care s-a cultivat independenţa în locul disciplinei şi responsabilităţii comunităţii, copiii sunt expuşi unor riscuri crescute la consumul de droguri tari. O manifestare a acestei atitudini de laisez-faire în educaţia copiilor a fost raportată de Wright (1982) ca fiind direct legată de consumul ulterior de drog, de problemele legate de drog şi tutun, în rândul adolescenţilor studiaţi de el. Dintr-un studiu, realizat de Mills şi Noyest (1984), pe un eşantion de peste 34.000 de băieţi şi fete din clasele 8, 10, 12 din Maryland, a reieşit că, disponibilitatea de a consuma banii este semnificativ corelată cu nivelul consumului de droguri. Elevii care îşi consumă în mai mare măsură banii tind să fie în mai mare măsură consumatori de droguri. Nu a fost determinat nivelul la care au ajuns sumele acordate de către părinţi.

În studiul realizat la Centrul MUNPOSAN (Tihan, 1999), a reieşit că nivelul mediu al sumei consumate de un utilizator dependent de drog de 3 ani, a atins nivelul de 12-16 milioane lei (mai, 1999) la un nivel al gramului de cocaină de 500.000 lei.

Un subiect frecvent abordat în literatură, identificat şi în cercetarea noastră este lipsa căldurii şi a apropierii strânse dintre părinţi şi copii ceea ce a indus situaţii cu risc crescut pentru abuzul de drog. Tinerii care sunt în mod frecvent criticaţi, ridiculizaţi, minimalizaţi sau pur şi simplu ignoraţi şi care nu pot primi sprijinul emoţional din partea familiei, se orientează în mod tipic spre indivizi sau grupuri din afara familiei. Frica, ruşinea şi vina trezite de comentariile celor din jurul său sunt uneori depăşite rapid, dar în cele mai multe cazuri persistă atât timp cât persistă şi ameninţarea. Are loc destructurarea afectivă.

Ce înseamnă afectivitatea copilului ?

Ca şi inteligenţa cu care se întrepătrunde intim în activităţile umane, afectivitatea este deopotrivă un imperiu al dragostei şi al urii ce condiţionează calitatea dialogului emoţional cu lumea, educaţia şi mediul familial având un rol foarte important.

Cum are loc dezvoltarea afectivă ?

Creşterea afectivă reprezintă "o evoluţie în contact cu alţii", care permite copilului, în intimitatea lui, de a se interioriza şi a-şi crea scara de valori. Există însă două atitudini ale adulţilor care pot stingheri evoluţia normală a vieţii afective a copilului:

1. Carenţele afective provocate de răceala şi rigiditatea părinţilor şi mai ales a mamei. În acest caz, mereu brutalizat, impunându-i-se "tipare", copilul poate să ajungă până la stări de nelinişte, de instabilitate, la un "temperament acaparator" (fuga după capturarea unor legături afective extrafamiliale) ori dimpotrivă, la indiferenţă, la retragerea apatică în sine, la agresivitate şi violenţă.
2. Excesul de dragoste ce amplifică până la fanatism grija pentru emoţiile şi sentimentele copilului.

Pentru a evita aceste atitudini este necesară cunoaşterea particularităţilor dezvoltării afective.

Necunoaşterea face ca mulţi copii să trăiască adevărate şocuri emoţionale pentru că "cei mari" din indiferenţă sau din cauza carenţelor educaţionale, transformă afectivitatea necesară relaţiilor adulţi-tineri într-un imperiu al urii dominat de stări de izolare, de anxietate, de sentimentul singurătăţii şi deziluzii.

Astfel că nu este ceva neobişnuit în rândul tinerilor să recurgă la alcool, droguri.

O comunicare liberă şi deschisă între copii şi părinţi reprezintă probabil indicatorul cel mai important al unei bune interacţiuni în familie. Expunerea neclarităţilor, împărtăşirea părerilor şi exprimarea sentimentelor sunt elemente esenţiale ale acestui proces, ale adaptării, inserţiei, ale construcţiei schemei logico-operatorie. Situaţiile în care copiii şi părinţii se simt confortabil în discutarea şi analizarea pe marginea subiectelor gen alcool, drog, sex, etc., sunt în mod particular

foarte importante, deoarece acest gen de dialog este eficient în descurajarea comportamentelor deviante: mult mai important decât cuvintele este, realizarea de către copil a faptului că părinţii se îngrijesc să-i asculte, să-i ajute.

Unul din riscurile asociate cu lipsa comunicării dintre părinte-copil o reprezintă îndoiala, dubiul. Deoarece unii tineri eşuează în iniţierea sau angajarea unei conversaţii despre problemele curente, alcool, drog, sex, părinţii concluzionează în mod greşit despre copii că ei nu sunt nici preocupaţi de acele probleme şi nici nu au nevoie de sfaturi. Pe de altă parte, nepăsarea părinţilor asupra acestor probleme pot semnala fie lipsa de interes sau de preocupare sau aprobarea tacită a chestiunilor.

Partenerii, amicii, colegii.

Interacţiunea cu cei de aceeaşi vârstă este un element critic în socializarea tinerilor. Aceste relaţionări îşi pot aduce o contribuţie pozitivă şi în cele din urmă conduc la dezvoltarea abilităţilor interpersonale, independenţa faţă de familie şi la înţelegerea de sine. Din contră, relaţia cu cei de aceeaşi vârstă poate influenţa negativ asupra comportamentului şi dezvoltării, ca în cazul consumului şi abuzului de alcool şi dorg.

În cadrul analizei psihosociale am constatat că majoritatea iniţierilor şi continuarea consumului de drog este determinată de influenţa persoanelor de aceeaşi vârstă. Aceste date vin să confirme şi informaţiile din literatură (Jessor & Jessor, 1977; Kandel, 1973) unde de altfel există controverse asupra dinamicii acestor relaţionări. De exemplu, unii cercetători afirmă că sub presiunea exercitată de consumatorii de droguri şi non-consumatorii recurg la drog. Alţi cercetători afirmă că o persoană se poate expune unor riscuri crescute de consum de drog chiar dacă apropiaţii săi de aceeaşi vârstă nu sunt consumatori, dar sprijină comportamentul de consum de drog (Capuzzi, Lecoq, 1983). Un element comun în aceste explicaţii asupra fenomenului de influenţă generat de cei de aceeaşi vârstă cu subiecţii, este acela că influenţa este exercitată mai degrabă de grupul acestor persoane decât de indivizi în parte.

În cercetarea realizată în mediul din Bucureşti am surprins că iniţierea are loc sub influenţa mediului de prieteni şi se desfăşoară în discoteci, în speţă, în grupul sanitar, pe scările blocurilor, iar consumul se face în continuare în grupuri mai mari la prieteni acasă, la petreceri, ulterior şedinţele sunt dedicate în special consumului de drog, în grupuri din ce în ce mai mici. Grupul cel mai mic este constituit din prieteni (el şi ea) datorită fricii de exitus.

Cu excepţia unei tinere de 20 ani (1999), nu am întâlnit consumatori care să-şi administreze droguri, singuri fiind.

În literatură, o perspectivă diferită este întâlnită de Capuzzi (Capuzzi, Lecoq, 1983) care sugerează că cei ce consumă droguri caută persoane de aceeaşi vârstă care sunt fie ei înşişi consumatori sau acceptă comportamentele de consum de drog. Shepard (1985) consideră, de asemenea, că adolescenţii consumatori îşi selectează adesea prietenii ce consumă drog ca modalitate de sprijin şi validare a propriului lor comportament.

În cercetarea din Bucureşti am identificat în ceea ce priveşte compoziţia grupului, un amalgam de categorii socioprofesionale. În acelaşi grup erau studenţi la arte plastice, la regie-film, hoţi de maşini, rromi. Importantă nu era ocupaţia, ci faptul că acceptau şi sprijineau acest comportament. Ideea care îi susţinea era, citez, *"… toţi ceilalţi,* [non-consumatorii] *erau nişte furnici, noi, singurii, eram elita …"*.

Aceste puncte de vedere se contrazic clar cu noţiunea de "profesiune a celor din grup", concept folosit de mai mulţi cercetători pentru a explica modul în care un tânăr intră în contact cu drogurile. În toate predispoziţiile, influenţa amicilor este exercitată uneori de grup, iar alteori, tânărul îşi caută pur şi simplu alţi parteneri care îi vor accepta consumul de drog. În orice caz,

părinţii vor trebui să cunoască foarte bine prietenii copilului lor, dacă este posibil să se cunoască cu părinţii prietenilor copilului lor.

În Bucureşti am întâlnit situaţia în care tinerii îşi administrează droguri împreună, ei cunoscându-se încă de la şcoala primară. De asemenea, părinţii acestora aveau relaţii de amiciţie, de afaceri între ei. În cazul subiectului S., părinţii acesteia cunoşteau situaţia prietenului ei, drept consumator, o cunoşteau pe mama acestuia, i-au adus la cunoştinţă experienţele băiatului şi a reieşit că şi mama acestuia este la curent cu ce se petrece. Dar părinţii fetei (subiectul S.) au suportat în continuare această relaţie până când mama a descoperit-o pe fiică, în baie, injectându-şi cocaină în venă.

Trebuie să amintesc că tehnicile folosite în consumul de drog pornesc de la aspiraţia nazală a prafului uscat, aspiraţia nazală a prafului plasat pe o folie de aluminiu pe aragaz, injectarea substanţei în venă după ce în prealabil aceasta a fost amestecată cu apă de la robinet într-o linguriţă, încălzită la aragaz sau la brichetă şi trasă în seringa de insulină.

Ca substanţe se folosesc: cocaina, haşiş, heroina, marihuana, iar când (temporar) nu au bani pentru aşa ceva se apelează la fortral (chiar 7 fiole/zi), oxazepam, diazepam, nitrazepam, pisate, amestecate cu vodcă, încălzite şi trase cu seringa de insulină şi injectate în vene (mâini, gambe, gât, tâmplă).

Toţi subiecţii abordaţi prezentau vase sangvine sparte.

Shepard recunoaşte importanţa influenţei amicilor, dar afirmă că, atunci când influenţa familiei este mai puternică, amicii au o slabă influenţă în rândul non-consumatorilor în ceea ce priveşte iniţierea în consumul de drog. Mai mult, cercetătorul declară că explicarea prin "presiunea grupului de amici" a consumului de drog reprezintă un mod convenabil pentru părinţi să-şi proiecteze responsabilitatea pentru situaţie asupra grupului. De asemenea, afirmă că este în acelaşi timp o tehnică egoist proiectivă eficientă pentru copiii care neagă responsabilitatea pentru consumul propriu de drog, blamând grupul. Părinţii care se implică în educaţia responsabilă a tinerilor trebuie să le imprime ideea că atunci când trebuie să ia decizia este implicat un element de alegere. Iar atunci când cineva, indiferent de vârsta sa, se hotărăşte în mod personal să consume droguri, el trebuie să-şi asume în cele din urmă o responsabilitate parţială pentru consecinţa acestei decizii.

Şcoala.

În mod evident, experienţele din timpul şcolii sunt factori semnificativi în viaţa copilului şi al tânărului. Aceasta, plus faptul că iniţierea în consumul de alcool şi drog apare de regulă în timpul anilor de şcoală, a încurajat cercetătorii să examineze variabilele legate de mediul şcolar ce trebuie folosite în distingerea consumatorilor de drog de non-consumatori.

Există câteva studii ce au raportat o relaţie predictivă între consumul de drog şi unele aspecte ale experienţei şcolare. De exemplu, cercetătorii au raportat că aspiraţiile academice scăzute sunt predicţii pentru consumul ulterior de marihuana (Jassor & Jassor, 1978, Rickel, Allen, 1987). După cum a rezultat din studiul derulat pe 3 ani asupra a 34.000 de adolescenţi, Mills şi Noyes (1984) au concluzionat că nivelele inferioare de absolvire şcolară sunt predictori ulteriori ai consumului de drog. Concluzia acestora vine să sprijine ideea că, un concept de sine scăzut faţă de nivelul academic reprezintă un predictor solid pentru consumul de drog.

Comparaţiile între consumatori şi non-consumatori au condus la identificarea unor factori legaţi de mediul şcolar, mult mai evidenţi în primul grup decât în celălalt. De exemplu, consumatorii tind să aibă slabe aspiraţii academice (Smith, 1975) şi o slabă încredere în aptitudinile lor academice. Alte studii au găsit că, cei care consumă tind să aibă slabe realizări academice, au mult mai multe probleme de disciplină şi o rată mult mai înaltă de neglijare şi abandon şcolar

(Bauchman, O'Malley, Johnston, 1978). Peste acestea, copiii care consumă droguri tind să aibă slabe satisfacţii, cu implicarea şi identificarea cu sistemul educaţional (Rickel, Allen, 1987). În unele cazuri, aceste condiţii se pot constitui în antecedente ale consumului de drog, iar în alte cazuri ele pot fi consecinţe ale implicării în mediul drogurilor.

Personalitatea.

În timp ce unii tineri consumă droguri datorită problemelor lor emoţionale, alţii au cu totul alte motive. Încercările de identificare a factorilor comportamentali sau sociali de risc în consumul de drog au început să fie bine studiate şi este evident că nu există nici un mecanism specific de declanşare sau vreun eveniment care să prezică consumul de drog la o persoană dată (Newcomb, Maddolician, Bealter, 1986). Socializarea la normele non-tradiţionale, dereglările în relaţiile normale copil-părinţi, lipsa de implicare în grupuri organizate, suferinţa fizică şi chinurile mentale, toate s-au arătat ca fiind factori de predispoziţie la iniţierea în consumul şi abuzul de drog. Cercetările realizate pe consumatorii de cocaină şi marihuana din licee, evidenţiază variabile comune, precum fondul său intim şi stilul de viaţă. Jalali (1981) estima că mai puţin de 10% dintre consumatori sunt marcaţi de tulburări de personalitate bine definite ce necesită tratament. Cei mai mulţi dintre consumatorii tineri sunt sănătoşi din punct de vedere al sănătăţii psihice.

Tinerii care manifestă trăsături dominante de rebeliune, impulsivitate şi nesiguranţă se expun unor riscuri crescute de a deveni consumatori de drog. În mod frecvent ei manifestă o orientare hedonistă şi de aceea au dificultăţi în amânarea trebuinţelor de satisfacţie (Kim, 1981). În studiul lor longitudinal, Jessor şi Jessor au afirmat că tinerii consumatori sunt mult mai toleranţi la comportamentul deviant decât sunt non-consumatorii. Din prisma cercetării, autorii au concluzionat că toleranţa la devianţă reprezintă un predictor puternic atât pentru abuzul de alcool, cât şi pentru drog.

Părerea bună despre sine (self-esteem) reprezintă un alt aspect al personalităţii asupra căruia s-au orientat, de-a lungul anilor, considerabile cercetări. Multe studii au arătat că cei ce consumă droguri tind să aibă o părere despre ei mult mai slabă decât non-consumatorii (Ford, 1983). Smith (1975) a arătat că unii tineri aveau aprecieri scăzute asupra capacităţilor lor academice mai înainte de a fi iniţiaţi în grupul de consumatori. Interesant este faptul că multe dintre cercetările recente nu au reuşit să demonstreze faptul că un nivel scăzut al aprecierii de sine favorizează riscul de abuz de drog (Kovack, Glickman, 1986). În ciuda conflictelor identificate, Rickel şi Allen (1987) au tras concluzia că cele mai multe studii sprijină convingerea după care consumatorii de drog tind să manifeste o slabă apreciere de sine. Diferenţele rezultate din populaţia studiată, din construcţia cercetării şi din tehnicile de evaluare au indus indubitabil o anume ambiguitate în cercetări.

Admiţând că este dificil dacă nu chiar periculos, se poate specula asupra relaţiei actuale dintre aprecierea de sine şi abuzul de drog. Una din explicaţii ar fi că unii tineri vulnerabili încep să consume drog în momentul în care aprecierea despre sine este oarecum scăzută. Acest fapt este evident fie înainte de iniţierea în consum, fie curând după aceasta.

Factorii spirituali corelaţi consumului de drog se pot sintetiza în pierderea controlului asupra experienţei şi scăderea semnificaţiei vieţii. Aceasta poate conduce pe mai departe la consum de drog ceea ce crează evenimente necontrolabile şi epuizante.

CARACTERISTICI DEFINITORII.

Subiectul diagnosticat cu abuz de substanţă (droguri) poate prezenta o varietate de probleme pe planul familial, al menţinerii locului de muncă, al sănătăţii şi pe planul financiar. Deteriorarea

comportamentului social se va manifesta prin dificultăţi la nivelul interacţiunii cu familia şi prietenii. Valorile personale vor fi în conflict cu valorile societăţii după cum s-a demonstrat prin accidentele din trafic şi prin comportamentul delincvent.

Deteriorarea adaptării sociale se poate manifesta prin pierderea frecventă a locului de muncă, absenteism şi incapacitatea de a-şi îndeplini atribuţiile muncii. Individul poate fi angajat subnormat, utilizând doar un procent din potenţialul său la locul de muncă. Pot fi înregistrate dificultăţi cu colegii, dar şi cu superiorii. Incapacitatea în muncă datorată deteriorării coordonării psihomotorii reprezintă de asemenea un semnal al consumului de substanţă.

Problemele fizice ce se manifestă vor varia în funcţie de proprietăţile specifice ale substanţei folosite ca şi de cantitatea şi metoda folosită. De exemplu, consecinţele consumului de cocaină se leagă atât de cantitatea folosită, cât şi de ruta apelată (intranazală, intravenoasă, fumată sau orală). Cea mai întâlnită rută este inhalarea ("snorting"). Ulceraţiile sau rinitele cronice ori perforarea septului nazal se pot dezvolta după astfel de modalităţi de administrare. Fischman (1984) ne spune că fumatul cocainei reprezintă cea mai eficientă metodă de absorbţie rapidă a cocainei de înaltă concentraţie, metodă ce a câştigat popularitate în SUA. Crack-ul, o formă de cocaină purificată este întotdeauna fumat. Deşi cocaina se prezintă cu 15-25% puritate, crack-ul ajunge la 90%. Inhalarea cocainei induce euforia în decurs de 1-3 minute pentru o perioadă de 30 minute, iar crack-ul devine eficient în 4-6 secunde şi durează 5-6 minute (Ace, Smith, 1987). Semnele fizice ale consumului de cocaină constau în accelerarea ritmului cardiac şi a presiunii sanguine, midriază, tremor, transpiraţii. Au fost înregistrate atacuri cardiace legat de spasmul coronarian şi hemoragie cerebrală. Deteriorarea circulaţiei în intestine poate genera colite severe şi ulceraţii ale intestinelor. Raţionamentul paranoid rezultat din consumul de cocaină poate declanşa violenţă chiar crimă. La consumatorii înfocaţi apar disfuncţii sexuale, dereglări de ordin endocrinologic. Sterilitatea secundară este un rezultat obişnuit indus de consumul de drog. Sindromul de izolare se manifestă prin dereglarea ritmului de somn, tulburare în alimentaţie, sete puternică, tremor, modificări de EEG şi durere musculară. Subiecţii investigaţi în Bucureşti au afirmat că se drogau după un program de genul: la sfârşitul serii pentru a adormi, dimineaţa pentru a se putea mişca şi să elimine durerile musculare, la prânz să elimine starea de agitaţie, de violenţă şi transpiraţiile ce îi cuprindeau.

Comportamentul şi sentimentele de slabă adaptare sunt tipice unui consumator de drog. Consumul de droguri poate masca, imita sau mima psihopatologia. De asemenea, un drogat poate să abordeze şi elemente decorative: cercei în nas, ureche, buze, labii, clitoris, buric, brăţări pe gleznă, păr lung, colorat (la bărbaţi), tatuaje oriunde este loc de tatuat, medalioane, lanţuri de tot felul.

Abordarea consumului şi abuzului de droguri.

Multe medicamente pot şi realizează salvarea vieţilor omeneşti cât şi îmbunătăţirea sănătăţii umane. În ciuda acestui fapt, unii indivizi folosesc substanţele ca alternativă la soluţionarea problemelor şi astfel, medicamentele devin o problemă. Substanţele, atât legale cât şi cele ilegale, care pot calma şi alina durerea, reduc tensiunea sau pot face viaţa mai plăcută, pot face rapid viaţa unei persoane un adevărat coşmar al bolii fizice, al dependenţei fizice şi psihice.

Medicamentele în sine sunt doar un element în schema agent-stare-mediu.

Individul (starea personală) şi mediul constituie factori la fel de semnificativi. Trebuinţa unui individ pentru substanţe poate fi satisfăcută prin tratament şi reabilitare.

Factorii de mediu pot fi corectaţi prin legislaţie şi politică socială. Obiectivul general trebuie să fie responsabil pentru consumul de drog.

PROCESUL DE EVALUARE.

Aprecierea.

Aprecierea în ceea ce priveşte consumul de substanţe trebuie să revizuiască, să urmărească cauzele frecvente ce ţin de mediul ambiant şi care ar putea favoriza apariţia comportamentului deviant în ansamblu:

a) Neînţelegeri intrafamiliale şi disocierea căminului. Acestea pot declanşa la copil tulburări emoţionale şi tendinţe patologice care se vor traduce prin devieri comportamentale.

b) Disocierea grupului familial prin boli cronice grave sau prin decesul unui părinte, poate crea familiei, pe lângă o privaţiune economică şi o frustrare emoţională. Această frustrare poate induce o stare de anxietate şi un sentiment de singurătate, de neputinţă.

c) Deficienţele în atitudinea educativă a tatălui sau a mamei (agresivitatea, despotismul, pisălogeala, etc.), determină la copil reacţii de indisciplină, incapacitate de acomodare, iritabilitate.

d) Factorii ecologici generatori ai unei subculturi care poate crea indirect condiţii pentru dezvoltări dizarmonice ale personalităţii copilului.

e) Prelungirea şcolarizării obligatorii face pentru copiii cu un QI liminal să apară o sursă de inadaptare şi eşec, fapt ce-l antrenează pe copil pe calea delincvenţei.

f) Precocitatea pubertăţii şi sexualităţii, se pot constitui într-un focar generator de delincvenţă juvenilă şi ridică probleme chiar unor adolescenţi cu dezvoltare normală.

În funcţie de această schemă trebuie urmăriţi şapte factori: consumul de drog(uri), pierderea controlului, impactul vieţii, tratamentele anterioare, percepţia subiectului asupra problemei, trebuinţele şi solicitările subiectului, percepţia altor persoane cu semnificaţie pentru subiect.

Domeniile de informaţie ce trebuie colectate despre consum sunt: frecvenţa, modul de operare (de consum), contextul social şi drogurile specifice consumate.

Iată în continuare un ghid de interviu structurat.

1. *Aţi consumat băuturi ?*
2. *Fumaţi ?*
3. *Aţi inhalat ?*
4. *Intravenos ?*
5. *Marihuana ?*
6. *Când a fost ultima dată ?*
7. *Cât ?*
8. *Ieri cât a fost ?*
9. *Eraţi singur ?*
10. *Ce simţiţi când luaţi ? Ce vă inspiră "biluţele" ?* ("Biluţele" reprezintă modul de preparare a cocainei. Este un fel de unitate de măsură.).

Trebuie abordat consumul de polidroguri cât şi nevoia de dezintoxicare. Pierderea controlului va fi indicată de informaţiile asupra sechelelor datorate continuării şi a încercărilor de stopare. Întrebări:

1. *Poţi lua mai multe droguri ca înainte ?*
2. *Foloseşti mai mult decât ţi-ai propus ?*

3. *Când vrei să te opreşti, ce se întâmplă ?*

Pentru a aborda factorii de impact asupra vieţii, factori precum: sănătatea, juridicul, financiar şi problemele de muncă, cât şi cei ce implică familia şi prietenii, se vor adresa întrebările:

1. *Ce zic prietenii despre aceasta (despre consumul tău) ?*
2. *Ai avut probleme acasă de curând ?*
3. *Ai avut dificultăţi financiare ?*
4. *Cum ţi se pare la lucru ?*

Derularea unui tratament anterior, acordul şi complicaţiile pot fi abordate prin întrebări de genul:

1. *Ai solicitat vreodată ajutorul cuiva ?*
2. *Ce s-a întâmplat ? Când ?*
3. *Ai apelat la un psiholog ?*

Pentru a determina discernământul, percepţia subiectului asupra problemei, vom întreba:

1. *Ce te-a adus aici ?*
2. *Crezi că drogul şi alcoolul ţi-au produs probleme ?*

Determinarea trebuinţelor şi a solicitărilor subiectului se poate face întrebându-l:

1. *Ce doreşti să se întâmple ?*

Pentru a surprinde semnificaţia percepţiei altor persoane vis-à-vis de durata, severitatea consumului şi despre tratamentul anterior, se adresează întrebarea:

1. *Ai putea să descrii situaţia ?*
2. *Cum ai vrea să se rezolve ?*

Toţi aceşti itemi referitori la impactul asupra vieţii, percepţia subiectului asupra problemelor, trebuinţelor subiectului şi solicitările după ajutor ca şi percepţia prin semnificaţia altora, pot orienta echipa terapeutică în elaborarea diagnosticării specifice. Consumul de substanţă corelat cu imaturitatea emoţională poate constitui un element de diagnostic specific pentru un adolescent sau tânăr adult care a început de timpuriu să recurgă la consumul de drog ca un mod social de recreere şi care s-a transformat într-un consum compulsiv. Consumul de drog va întârzia capacitatea subiectului de a-şi desăvârşi o dezvoltare normală şi astfel definirea personalităţii este stopată la un nivel, la o vârstă la care subiectul a debutat în consumul de drog (Mendelson, Mello, 1986).

Abuzul de droguri corelat cu nevoia de salvare poate fi un element adecvat diagnozei subiectului care îşi descrie existenţa ca fiind încărcată de stressul vieţii şi de aceea este incapabil să se confrunte cu presiunea şi solicitările cotidianului, recurgând la droguri ca mod de rezolvare a situaţiilor. Un astfel de subiect dezvoltă un răspuns ineficient în faţa crizelor, ca de exemplu pierderea unui părinte sau a soţului. Necazurile nerezolvate creează subiectului suficient stress, iar consumul de drog îi reduce imaginea şi intensitatea încărcării. Dar, atât timp cât subiectul îşi administrează singur medicaţie sau recurge la droguri, el nu va reuşi să-şi rezolve necazurile şi problemele.

OBIECTIVELE SUBIECTULUI.

Abordarea trebuinţei individului pentru substanţe

Indivizii trebuie ca în cele din urmă să decidă singuri asupra oprtunității consumului de drog. Eficienţa programelor pentru tratarea dependenţei şi abuzului depinde în mare măsură de aceste decizii şi de dorinţa individului de a-şi schimba obiceiul.

Tratament şi reabilitare. Pentru mulţi consumatori de drog, tratamentul şi reabilitarea sunt sarcini dificile ce solicită forţă caracterială personală, convingere şi sprijinul altor grupe de indivizi. Apariţia dependenţei de drog poate reprezenta una din cele mai dificile sarcini căreia consumatorul trebuie să-i facă faţă, iar unii nu reuşesc.

Există un anume acord între ce anume constituie o reuşită în tratarea dependenţei. Unii consideră că r e c u p e r a r e a necesită abstinenţă totală. Alţii, definesc recuperarea prin folosirea drogurilor într-un mod controlat sau fiind capabil să se descurce bine şi fără droguri.

Persoanele aflate în căutarea ajutorului pentru problema dependenţei de drog, pot fi tratate chiar şi ambulatoriu, în funcţie de istoricul aportului de droguri şi de severitatea simptomatologiei. În oricare din cazuri, tratamentul poate solicita participarea grupurilor de sprijin, care, încet, încet, par să se structureze şi în România. De asemenea, poate implica consiliere individuală sau de grup şi, poate şi chiar trebuie să aducă la colaborare, şi familia consumatorului.

Persoanele care s-au înregistat de curând în câmpul abuzului de drog sau care nu manifestă o dependenţă crescută sunt de preferat în tratamentul ambulatoriu.

Consumatorii cu dependenţă severă trebuie trataţi cu toată seriozitatea în spital, ceea ce impune alocarea unei anumite perioade de timp pentru staţionare în centru. Unii pacienţi interni necesită dezintoxicare graduală sau o retragere cu supraveghere medicală, din problematica consumului. Retragerea subită din obiceiul de consum al unor substanţe, printre care alcoolul şi heroina, se poate dovedi periculoasă aşa că, tratamentul va include monitorizarea atentă a dozelor de substanţă. Această procedură va ajuta la depăşirea de către pacienţi a dependenţei fizice.

Pentru consumatorii de heroină, unii specialişti sugerează includera metadonei, un drog sintetic ce anulează dorinţa pentru heroină şi, produce toleranţa la efectele acesteia. Totuşi, metadona generează propria sa dependenţă fizică, chiar dacă fără efecte secundare severe ca ale heroinei.

Indivizii aflaţi în căutarea tratamentului pentru dependenţă de drog, prezintă adesea şi alte probleme serioase de natură fiziologică, psihologică şi socială. Unii specialişti, estimează că, mai mult de 1/3 din efectivul dependenţilor de drog prezintă tulburări psihiatrice sau de personalitate.

Unii consumatori de drog se expun de asemenea multiplelor probleme ale dependenţei de drog. Acest aspect aproape că este o normă printre indivizii programelor de tratament. Ca rezultat, tendinţa este spre un tratament mult mai general pe substanţa de abuz în loc de tratament pe abuz la o substanţă specifică.

Intervenţia terapeutică.

Obiectivele medicale trebuie să rezolve trebuinţele fiziologice şi de securizare şi să-i structureze alte aptitudini de soluţionare, un alt stil de viaţă pentru a reduce sau elimina consumul de drog.

Intervenţia echipei medicale în scopul rezolvării trebuinţelor fiziologice şi de securizare, variază în funcţie de răspunsurile fizice (biologice) la substanţa folosită şi de aceea va fi orientată pe consumul specific de drog. Un exemplu de astfel de diferenţe o constituie utilitatea de a fi strict focalizat pe natura orientării slabe în realitate, atunci când se abordează un subiect dezorientat ce a consumat acid dietilamid-lisergic (LSD). Un subiect dependent de fenciclidine (PCP = phencyclidine) poate fi monitorizat într-un mod neagasant (McFarland, Wasli, 1986).

Prima determinare luată în sensul securizării şi rezolvării problemelor fiziologice ale subiectului o reprezintă aprecierea nivelului şi a tipului de drog prezent în sistemul consumatorului. Examinarea atentă realizată de medicul specialist (intern, endocrinolog, neurolog) a tuturor sistemelor corpului, vor conduce la identificarea răspunsurilor fiziologice atât la consumul sporadic cât şi la cel continuu. Consumul de drog poate fi identificat prin examinarea fluidelor organismului, prin observarea comportamentului (schimbări de dispoziţie, slabă coordonare psihomotorie) sau semne fiziologice ale consumului (mărimea pupilei, acces de furie). Diametrul pupilei variază în funcţie de substanţa folosită. Dilatarea pupilelor poate rezulta din consumul de marihuana, PCP sau alte stimulante sau sedative-hipnotice, alcool sau din retragerea din narcotice. Intoxicaţiile cu narcotice fac ca pupilele să devină foarte mici. Nistagmusul apare în intoxicaţia cu alcool, sedative sau PCP. Ca test pentru nistagmus constă în a cere subiectului să ţină capul într-o poziţie fixă în timp ce examinatorul plimbă o lumină sau degetul în câmpul vizual al subiectului, la o distanţă de 15-20 cm.

Iată "meniul" zilnic a unora din subiecţii abordaţi în Bucureşti:

Consum 24 ore: (Tihan, 1999)

Subiecţii: 1. P.C sex B, vârstă.- 19 ani şi,
2. B.A sex F, vârstă– 20ani

Ţigări:	20-25 buc.
Cacao, cafea:	2 ceşcuţe
Fortral:	3-4 fiole, timp de 1 lună
Heroină:	0,5 g. (prizat, intravenos, oral)
Chetamină:	(sporadic)
Tramal:	câte 2 săptămâni, 5 pastile / zi
Oxazepam sau Nitrazepam:	30 pastile în week-end
	20 pastile în restul săptămânii
Ecstasy:	sporadic, în discotecă, 1 pastilă
Canabis:	în ţigări

Aprecierea intoxicaţiei necesită cunoaşterea modului în care drogul influenţează sistemul biologic. Intoxicaţia cu narcotice se manifestă cu euforie, depresie respiratorie, somnolenţă. Intoxicaţia cu barbiturice induce depresie respiratorie, relaxare şi încetinirea activităţii cognitive şi fizice.

Semnele intoxicaţiei cu cocaină constau în presiune sanguină ridicată, accelerarea ritmului cardiac, insomnie, discurs tensionat. Interiorizarea, retragerea apare când s-a dezvoltat dependenţa fiziologică de substanţă. Semnele de retragere în cazul barbituricelor sunt: indispoziţia, greaţa, starea de vomă, insomnie, tremorul care poate progresa până la crize, halucinaţiile şi delirul.

Heroina produce pielea de găină, lăcrimare, strănutul în formă moderată. În sevrajul din formele severe apar dureri în organism şi agitaţia severă.

Retragerea din cocaină se manifestă prin iritabilitate, nelinişte şi lipsă de energie.

Atunci când subiectul dezvoltă dezechilibru fiziologic, echipa terapeutică va trata alterarea percepţiei senzoriale, dezechilibrul electrolitic, durerea şi dereglarea ritmului de somn. De asemenea, personalul de supraveghere trebuie să protejeze subiecţii şi de alte probleme cum ar fi

vomismentele. Dacă un subiect stă cu faţa în sus atunci când vomită, ar putea să aspire excreţiile. Pentru consumatorii comatoşi este vitală menţinerea integrităţii circulatorii-respiratorii.

Reacţiile ideosincratice ale drogurilor pot dezvolta un comportament violent. Instrucţiunile recomandate pentru intervenţii în astfel de situaţii sunt similare cu cele ale pacienţilor violenţi. Personalul, în special asistentele trebuie să fie atente cu mişcările motorii având grijă să nu facă mişcări bruşte sau să se contrazică cu subiecţii. În acest sens, personalul trebuie să vorbească calm, arătându-i-se pacientului că i se vrea binele şi trebuie încercat ca subiectul să verbalizeze despre relaţionarea afectivă pozitivă.

Dacă subiectul apelează la o unitate de ambulator, este dificil de a se stabili o strategie de dezintoxicare. Fiecare centru de tratament va căuta ca la internarea subiecţilor să-i cerceteze pentru a nu introduce în mediul spitalicesc, droguri, paraziţi, după cum s-a întâmplat la Centrul de Diagnostic şi Tratament – Munposan'94 - când un pacient prezentat pentru operaţie de hernie, fiind dependent, era injectat de soţie, (căreia i s-a permis să-l asiste). Monitorizarea pacienţilor cât şi a vizitatorilor trebuie realizată pentru a se asigura climatul de securizare, respectându-se tratamentul fixat. La un spital, şeful secţiei de recuperare al toxicomanilor, crease cu ajutorul asistentelor o adevărată reţea de distribuţie. Unele centre de tratament, interzic vizitatori sau daruri, cadouri, pachete trimise de terţi externi, totul pentru a asigura securitatea şi liniştea pacientului. Planul şi schema de tratament trebuie să confere în mod activ, climatul şi integritatea structurală a pacientului.

Iată o schemă de tratament uzitată în cazul opiaceelor (Gelder, Gath, Mayon, 1994), dacă doza nu este prea mare. Se administrează o combinaţie de difenoxilat (sau "Lomotil", un amestec de difenoxilat şi atropină) cu un anxiolitic-hipnotic, precum clormetiazolul sau o benzodiazepină. Deoarece ultimele au un mare potenţial de dependenţă, ele vor fi date numai sub strictă supraveghere. Când doza zilnică de heroină este mare, se poate prescrie un opioid cu reducerea treptată ulterioară a dozei acesteia. Metadona trebuie administrată per os, într-o formă lichidă. În acest caz, doza trebuie redusă cu o pătrime la fiecare două, trei zile, în funcţie de răspunsul pacientului. În cazul dozelor mari, întreruperea nu trebuie făcută cu pacienţii în ambulator.

Echipa terapeutică va evalua şi complicaţiile autoinjectării, ce poate impune tratament într-un spital general. Este vorba de infecţii cutanate, abcese, septicemii, hepatita B şi SIDA. În unele locuri, mai mult de jumătate din cei ce-şi administrează droguri i.v., au fost găsiţi HIV pozitiv (Moss, 1987).

Abordarea terapeutică are în vedere dezvoltarea, structurarea capacităţilor de soluţionare alternative, a stilurilor de viaţă în sensul reducerii şi suprimării consumului de drog şi va începe cu acceptul subiectului pentru abstinenţă.

Elementul încredere, speranţă, este un aspect important în dobândirea unui nou stil de viaţă. Orice informaţie abordată cu subiectul trebuie să sublinieze beneficiile şi posibilităţile de refacere. Unele tratamente vor reuşi deoarece subiectul şi-a văzut prietenii recuperaţi astfel el poate vedea funcţionând modelul ce îi oferă speranţa.

Educaţia în ceea ce priveşte dependenţa şi drogurile ce au fost folosite va conduce la conştientizarea stării de fapt. Pe măsura dobândirii informaţiei, subiectul va înţelege mult mai clar situaţia ceea ce îi va diminua negativismul.

Exersarea aptitudinilor sociale atât pentru subiect cât şi pentru partener (soţ/soţie) şi programele de relaxare, de desensibilizare pot fi de ajutor în modificarea răspunsurilor faţă de consumul de substanţă. Se pot aborda diferite tehnici pentru recuperare: meditaţia, bio-feed-back, acupunctură, masaj, terapie în sens creativ, dar atenţia trebuie focalizată pe "aici şi acum". Noi contacte sociale sunt binevenite. Întărirea pentru abstinenţă trebuie, de asemenea, planificată.

Rolul alimentaţiei în tratament este bine cunoscut. Schemele consumului cronic de drog se manifestă la nivelul sistemului nervos central chiar şi după suprimarea consumului. Există o relaţie între acţiunea substanţei folosite şi nivelul de opiacee din creier. Are loc, de asemenea, o dereglare pe axul endocrin. Regimul alimentar trebuie să urmărească îmbunătăţirea nutriţiei creierului prin creşterea nivelelor de aminoacizi, iar vitaminele conduc la reducerea poftelor (o pacientă servea "doar" 10 ciocolate albe/zi) şi la accentuarea răspunsului pentru acceptarea tratamentului. Consumul cronic de droguri psihoactive afectează sistemul cerebral şi crează un dezechilibru la nivelul neurotransmiţătorilor. Specialiştii recomandă timp de 1 an până la 3 ani, un regim de acizi aminonutritivi suplimentat cu vitamine.

Trebuie evitată hipoglicemia, cofeina, deoarece accentuează anxietatea, induce tulburări de somn şi sunt potenţiale pentru abuz. De asemenea, specialiştii amintesc de hipertensiunea tranzitorie în stadiile incipiente de renunţare, fenomen ce poate fi evitat cu diete severe în sodiu (Bennett, Graves, Kavanaugh, Vounakis, 1983). Investigând recuperarea consumatorilor, Hoffman şi Estes (1986) au găsit că în mod frecvent au loc manifestări somatice legate de paternurile de alimentare din timpul recuperării.

Consumatorii de substanţe au un istoric caracterizat prin slabă relaţionare interpersonală. Se impune psihoterapie, grup de terapie, terapia familiei. Psihoterapia trebuie să abordeze trăirile lăuntrice ale subiectului. Terapia de grup îşi propune să permită individului, explorarea şi interpretarea sentimentelor construite într-un mediu securizat. Psihoterapia de familie, apelând la teorii structurale şi terapii strategice, realizează rezultate notabile.

Indivizii dependenţi sunt caracterizaţi ca având "o viaţă netrăită", iar conştientizarea spirituală le permite introspecţia şi integrarea. Cercetările realizate asupra prevenirii recidivei oferă o înţelegere pe termen lung necesară reducerii şi eliminării drogurilor.

Substituţia de drog este un exemplu de soluţionare ineficientă ce conduce la recidivă. Subiecţilor trebuie să li se explice că un consum medical sau non-medical al unor substanţe poate avea ca rezultat recidiva. Drogurile specificate pentru a fi evitate sunt acele substanţe ce intoxică, inclusiv alcoolul ca şi tot felul de agenţi care induc somnul, stare de excitaţie sau de scădere în greutate.

După o oarecare recuperare, subiecţii afirmă în mod frecvent vise ce le schiţează recidiva. Se impun exerciţii de relaxare, fizioterapie, psihoterapie pe fondul unei discuţii sincere asupra ambivalenţei între revenirea la consumul de substanţă şi sprijinul acordat continuării abstinenţei.

Echipa terapeutică trebuie să creeze un mediu de încredere şi să faciliteze structurile de comunicare astfel încât atât membrii echipei interdisciplinare cât şi subiecţii să poată vorbi în mod direct între ei cu privire la recuperare.

Evaluarea.

Eficienţa intervenţiei terapeutice ce îşi propune rezolvarea trebuinţelor fiziologice şi de securizare, se poate cuantifica după următoarele criterii:

- integritatea fiziologică este conservată şi promovată;
- trebuinţele de securizare sunt protejate;
- abstinenţa la drogurile folosite, altele decât cele ce au fost prescrise.

Pentru a înţelege mai bine fenomenul şi procesul de diagnostic, prezentăm în continuare "trăirile" unor pacienţi (am redat chiar şi greşelile ortografice, ortoepice şi de punctuaţie):

Subiecţii Al şi C:

Povestea mea

"Acum sunt la Moroieni cu jumătatea mea C şi cu mama lui. Sîntem aici de 5 zile, deja. De ce? Suntem dependenţi de heroină sau cel puţin aşa vreau eu şi sper eu să cred, am fost.

Poate că povestea nu va avea fi înşiruită în modul cum au decurs evenimentele, poate mă voi repeta, contrazice, pierde în amănunte, dar măcar asta este adevărul. Aşa e totul.

Îmi aduc aminte de praful ăla maroniu pus în linguriţă cu sare de lămîie şi apă. Fiert. "Al. amestecă". Filtru. Siringa se umple. Doamne, dă Doamne să fie neagră, să fie cola, să fie multă.

"Eu prima". Eu întotdeauna prima. Futu-ţi venele mătii că nu ies, nu le găseşte, mă înţeapă de zeci de ori. Tremur. De nervi. De nerăbdare. Intră, intră firicelul ăla de sânge. Am răsuflat uşurată. Eu, mie care mi-era frică de ace ca de dracu. Acum le iubeam, te visam …şi intră. Mie mai mult.

Căldură în ceafă. Muşchi relaxaţi. Vreu să mă las pe spate să savurez. Da, dar trebuie să-l ţin şi pe C.. Noroc că la el merge repede. Uneori bună. Un deliciu. Alteori aproape că nu simţeam nimic.

Bani. De unde. Fă rost. Amanetează, sună la Mariana, roagă să-ţi dea pe datorie. Hai că poate Alf. Îi luăm din bilă. CLAR.

Se găseşte, facem rost. O avem mai târziu sau mai devreme, mai bună sau mai proastă. Dar este.

Cu cine ne … N-are importanţă, important e să ne dea, să ne aducă. Hoţi de maşini, dealer urmărit de poliţie, ţigani, borfaş, violator, incult, prost. O are şi asta e tot ce contează.

Doarme la noi. Da. Că e mâine. Stă o săptămână, dar, că mai fură ceva şi ne dă şi nouă.

Moment de luciditate după vreo lună. Ce caută ăsta la mine în casă? Cu ce borfaşi am ajuns eu să umblu, să mănânc, să vorbesc. De ce? Facultate sporadic. C. nimic, doar Băşică, canapea, alte promisiuni, planuri. Stop. Nu-i bine. Hotărâri, promisiuni, planuri. De mâine Gata. Eu pot, C. o să poată şi el prin mine.

E dimineaţă. Plouă. Lumină deprimantă. Unde e siringa de dimineaţă? Nu e. Lasă că pot. E greu. Mă dor toate, picioare, oase, muşchi. Obosesc repede, ameţesc. Frisoane. Psihic la pământ. Nu, eu pot, mă duc la Sahia şi n-o să mă mai gândesc.

Intru în baie să mă spăl. Văd cordonul de la halat. Cu el îmi strângeam braţul. Fac baie. Văd vânătăile de pe mâini. Sufragerie. Linguriţele. Pahare cu apă în care spălam seringile.

Vorbesc cu C. Il simt că vrea, că e ca mine, că deşi am zis gata aşteptăm ca unul din noi să zicem hai. Oricum amândoi ne gândim la 150.000 lei. Nu ne zicem nimic. Plec.

Autobuz. Văd fete, poate nu atât de bine îmbrăcate, poate nu cu casa ca ale mele, farduri de milioane, genţi, ţoale, prieteni care să te iubească aşa cum sunt eu şi totuşi ele zâmbesc. Eu, nu. Vreau şi eu. Vreau şi eu să zâmbesc fără siringă în venă. Dar, nu, lasă că nu mai iau şi am să fiu la fel.

Un tip se ţine de bara din autobuz. Ce vene curate are. La ăsta ar intra imediat.

Până la prânz am luat. Da, mai nimic ca ultima oară. Ba nu, micşorăm doza. Ne simţim unul pe altul, pe noi înşine. Dar, nu, ne lăsăm. Asta sigur. Da dar am găsit un dealer nou. Ah! COOL poate are marfă mai bună. Da. Si mai multă. Ne lăsăm mai încolo. Vedem noi.

Părinţii. Doamne să nu afle. Îi iubesc, nu-i pot răni aşa plus de asta că eu pierd tot: iubire, libertate, bani, casă. De ce să mă gândesc că-i omor dacă află că ei muncesc pentru mine şi eu dau 18.000.000 într-o lună pe droguri. De ce să mă gândesc că-i omor dacă află cum mă distrug. De ce? Pentru că nu

mă distrug. Eu sunt tare, eu o fac că-mi place, chiar dacă dimineaţa nu mă pot scula din pat fără să-mi fac, chiar dacă seara muşc din canapea dacă nu am. Transpir. Nu pot să dorm. Vreau. Heroină. Bani pentru ea. Cum? C. Prieteni. Duşmani.

N-o să afle, n-o să ştie. Nu de alta dar să nu-i dezamăgesc, să nu-mi pierd eu facilităţile, să nu înceteze să mă iubească, să par un copil măcar pe 1/2 din cât ar merita, să nu-i văd lui Ticu privirea când ar afla. Mama - criză de inimă.

Nu, nu e bine ce fac. Trebuie să mă opresc. Sună telefonul: Băşică. C. O oră, două de învârtit prin casă. A venit. Mi-a făcut-o. Am uitat.

Şi totul acum 2 ani a început ca o joacă. Că e cool, că sunt … Me against the world. Saşa, Raluca - oameni pe care-i admiram. Urau societatea, regulile, România, oamenii de aici. Şi eu la fel. Da, drogurile îmi dau posibilitatea să fiu ca ei, să fiu superioară celorlalţi, să fiu şi eu outsider. COOL.

Haios. Uşor încet. Şi pe urmă ca la carte: Iarbă. Pastile - viaţa mea o perioadă 40 pe zi - ţoale colorate, bijuterii de plastic, tatuaje, culori bezmetice în cap, altfel în discotecă, discuţii profunde…. Haină.

"Nu e pentru tine, tu eşti o fire prea veselă pentru ea". Da, de ce? Eu vreau. Heroină pe nas. Dar unde este Flash-ul. Trebuie injectabil. Nu mi-e frică. De două ori şi gata. Iarbă din noi. Pastile. C.an iese din închisoare. Student la medicină. "Eu ştiu să fac, n-o să te doară. O să fie bine". O săptămână Heroină injectabil. Gata. Pastile - iarbă. Intru la Facultate. Sunt deasupra tuturor. Părinţii satisfăcuţi. Le-am demonstrat. Pastile - iarbă. Priză lungă. Alcool.. După care vară Saşa NU. Eu vroiam. Incet încet am început din nou cu pastilele. Foarte puţin. Saşă gata. C. - sufletul meu. La fel de mort după droguri şi imaginea care ţi-o creează în jurul celorlalţi ca şi mie. Şi începem. Heroină. … Heroină …. Heroină Ah! Praful ăla. Da praful ăla care-mi ocupa mai toată ziua. 1/2 de zi cum să fac rost de bani; 1/2 de zi spartă. Şi atât. Facultate totuşi dar şi funcţiona, …. - da şi funcţiona, City-Studio - da şi funcţiona. Deci, de ce nu?

C., mi-e dor să facem dragoste ca înainte, atât de des, mult, variat, … Mai rar. Asta nu, asta nu-mi place. O facem totuşi dar fără rezultat. Mi-e dor de noi doi de la început când scriam pe garduri cu T., când mergeam prin ploaie, când o făceam în ganguri, pe maşini în faţă la Hard Heavy, în scări de bloc, când mergeam la biserică să întrebăm preotul dacă ne potrivim. Mi-e dor de noi doi treji. De C. râzând. De Green Day. De noi doi mici punk-işti rebeli şi veseli. De promisiuni, de discuţiile noastre. De NOI DE ATUNCI.

Şi totuşi heroină. De ce heroină? De ce anturajul ăsta? De ce, pentru că întotdeauna mi-am dorit să fiu un "cappo di tutti capi", O femeie puternică la picioarele căreia să stea toată lumea interlopă. O femeie cu coaie de bărbat care dacă dă un telefon şi strânge un cartier întreg, care dacă vrea ceva poate avea oricând fiindcă e "şefa". Mi-ar fi plăcut să controlez toată lumea interlopă începând cu arme, droguri, prostituţie, camătă, crime. Şi totul să treacă pe la mine. Acordul să fie al meu. Fascinaţie. B.U.G. Mafia, La Familia, Socului, Pantelimon. Da, dar ăn acelaşi prietenii mei, locuinţe în care să merg, cercurile de oameni în care să mă învârt să fie de calitate. Să fie de intelectuali, care la rândul lor să mă aprecieze şi să mă respecte. Nu pentru prima parte ci pentru modul meu de a gândi, pentru informaţiile pe care le am, pentru cultura mea, educaţie etc.

Egocentristă clar.

Probabil că de asta mi-a şi plăcut toată chestia cu heroina, cel puţin la început când totul era ilegal, misterios, periculos.

Eram înebunită când mergeam eu singură noaptea în Ferentari să mă întâlnesc cu ţigani să cumpăr marfă iar C. mă aştepta acasă.

De câte ori făceam rost de bani de marfă sau făceam câte un mişmaş să scot nişte heroină gratis mă simţeam atât de puternică (şi din păcate faţă de C.). Îmi plăcea să îl las să vadă că sunt tare, şmecheră, că fără mine nu se poate rezolva nimic sau că eu rezolv cel mai repede şi bine totul. Că eu de fapt sunt "dealerul".

De fiecare dată când eram puşi în legătură cu un alt om şi mergeam împreună, tipul încerca să trateze cu C. iar eu de fiecare dată interveneam şi preluam afacerea. Iar în momentul când un ţigan, un dealer, un bazat începea să trateze cu mine, să facă tranzacţiile prin mine, să mă ceară pe mine la telefon simţeam puţin din acea putere pe care mi-aş fi dorit-o.

Şi totuşi când dimineţile eram în crize şi plângeam deveneam femeie slabă care se agaţă de bărbatul de lângă ea să o ajute, să facă rost de bani sau de marfă. Omul care o injectează, omul care o liniştește, care-i ia durerile, care o iubeşte atât de mult încât atunci când nu era destulă mi-o dădea mie pe toată, să stea liniştită, el rămânând în crize.

C., singurul om care mă înţelegea (poate şi pentru că era în aceiaşi situaţie cu mine), dar în primul rând pentru că mă iubea. IUBEŞTE. Şi suferinţa mea … pentru el dublată sau triplată.

Deşi am dat de multe ori vina pe el pentru că am ajuns dependentă pentru că nu a fost BĂRBAT şi să-mi zic GATA. Să se impună. Ştiu că nu a făcut-o în primul rând că iubea. IUBEŞTE. Şi nu putea, … să-şi vadă jumătatea (aşa cum este şi el pentru mine) suferind, plângând, chinuindu-se.

Cu siguranţă a fost şi vina mea pentru că prin această dorinţă
de-a domina oameni l-au subjugat, l-au dominat şi atunci pentru el era şi mai greu să se impună în faţa mea.

Din toate acestea ştiu doar atât că fără el n-aş fi putut trece poate depresii, angoase, probleme.

El a fost cel care a stat lângă mine necondiţionat şi a înghiţit şi şi răutăţi şi cruzime şi palme şi înjurături şi umiliri. Asta mă face să ştiu că orice s-ar întâmpla pe lumea asta, orice problemă a-şi avea EL va fi acolo lângă mine şi mă pot baza pe el complet.

Sunt în stare să mă abandonez lui şi ştiu că sunt în mâini bune. Poate nu cele mai bune, dar cu siguranţă cele mai sincere, pure şi dezinteresate.

De câte ori ne drogam şi ne spuneam atâtea vorbe de dragoste pe care chiar le simţeam în momentul ăla, de atâtea ori când mă trezeam mi-era frică să nu fi fost spuse doar din cauza drogului. Dar mă trezeam dimineaţa şi-l vedeam lângă mine şi eram trează, ştiam că este adevărat.

Din păcate prima oară când am realizat că el este jumătatea mea şi fără el nu pot să exist a fost la Zerillo's când a căzut în overdoză.

N-am să uit toată viaţa imaginea aia. El în tricoul gri Sisley (cumpărat de mine când încă eram la începutul relaţiei şi încă ne ascundeam) transpirat tot, alb, trântit în stratul cu flori, cu buzele vinete, cu geaca, siringa şi actele lăsate lângă el ca să-l găsească poliţia.

Nu pot să uit când l-am luat în braţe şi era rece. Tipam numele lui şi nimic. Când îi deschideam pleoapele şi ochii lui superbi albaştri erau daţi peste cap. Când inima lui nu se mai auzea şi pulsul nu îl mai simţeam. Când îl loveam cu toată forţa dragostei mele ca să-l trezesc şi el nu avea nici o reacţie. Când plângând şi ţinându-l în braţe aşa "semimort" îi spuneam să nu mă lase singură cu ăla mic.

Atunci în seara aia aş fi fost în stare să-i dau sufletul, inima mea, doar să trăiască. Poate şi din egoism ca să nu sufăr ei după moartea lui. Nu ştiu dacă aş fi avut puterea să mă sinucid atunci, să mă omor încet drogându-mă (cu bună ştiinţă să-mi fac overdoze) sau pur şi simplu aş fi murit eu ca om.

Câtă neputinţă am putut să simt atunci. Stăteam în braţe cu cel mai de preţ lucru pentru mine care murea iar eu nu puteam face nimic. Si totuşi poate ce i-am spus, loviturile, dorinţa lui de a trăi l-au

trezit şi atunci am realizat că el e TOTUL. Că NOROC ca al nostru nu există şi că fără el nu se poate.

Ironia este că învăţătura a fost să nu mai amestecăm drogurile, să învăţ eu cum să-l trezesc cu sare de lămâie şi să nu ne mai drogăm singuri.

DOAR ATAT… absolut doar atât.

Da primele zile au fost spaima, frica, şocul dar pe urmă cum să renunţi la lichidul ăla maroniu care părea sensul existenţei, plăcerea, rezolvarea tuturor problemelor, evadarea.

Azi e altă zi şi de când m-am sculat mă gândesc doar la lichidul ăla cât mai maroniu aş vrea eu (oricât de puţin) într-o siringă, cum scot bulele de aer din siringă, cum încep să-mi pompez venele. A intrat firicelul de sânge. Doamne. Intră. Subunităţi 10, 15, 20, 25. Deja o simt. E caldă, e familiară, e prietena mea.

Prietea mea cea mai bună, la fel de parşivă ca şi Sorana, dar totuşi prietena mea care îmi face atât rău mie, lui C., alor mei.

Din cauza ei (a mea) am ajuns să-mi doresc să fiu om din nou, pentru că nu mă simt om.

Aş vrea să pot şterge tot cu buretele dar probabil că oricum la asta aş fi ajuns. Cred că din clasa I-a se putea întrevedea lucrul ăsta.

Ce mă omoară pe mine este faptul că ştiu că voi rămâne toată viaţa "so narcotic down inside", că orice vârstă voi avea poate chiar şi când o să am copii (poate mai ales atunci) mă voi gândi la ea, îmi va aduce aminte ceva de ea. De plăcere. De frică. De dureri. De copii mei. Ce mă îngrozeşte este faptul că pentru câteva luni de droguri voi rămâne în primul rând în ochii mei o narcomancă.

"Cine, mama care a fost dependentă de heroină?"

Asta voi fi şi asta nu pot schimba.

Aş vrea să uit, să nu se fi întâmplat, să n-o cunosc.

Ce este ironic este că oriunde m-aş întoarce, oriunde m-aş duce dau de ea. Ieri am fost în Braşov şi m-am plimbat cu nişte maşinuţe. Tipul care închiria maşinuţele, aflând sau dându-şi seama că suntem narcomani, ne-a spus că are la 450.000 un gram şi jumătate şi să-i facem legătura cu oamenii din Bucureşti.

Cum să scapi, cum să uiţi după ce că te bântuie. Dacă permanent se lipesc de tine şi toţi dealerii, totul în jurul tău e drog. Oameni drogaţi, inscripţii pe pereţi, farmacii (Doamne de câte ori trec pe lângă o farmacie îmi aduc aminte de siringi, fortral, ser fiziologic, pastile. Cum mă rugam, imploram, inventam poveşti farmacistelor să ne dea), discotecă are vorba lui Pajal a Drogotecă, ţigani care-i vezi că numai cu asta se ocupă, filme, reportaje, muzică, amintiri. Amintiri cele mai grele. Amintiri de care nu te poţi dezice, nu poţi scăpa. Stigmatul celorlalţi.

Imaginea ta de narcoman care nu va dispărea din capul multora şi mai ales din capul tău.

Au trecut 7 zile. 7 zile şi stau în curte, e soare, e călduţ, sunt pomii înfloriţi şi dacă m-ar striga cineva de la poartă s-o vândă, nu m-aş duce. Dacă ar veni el să mi-o dea n-aş lua-o. Mă simt puternică, dar în acelaşi timp mi-e frică de un lucru, că fără heroină sau droguri nu voi fi pe deplin mulţumită, împlinită. Mi-e frică că satisfacţiile vieţii sunt sub ea.

Ştiu că e o prostie, ştiu că n-are cum să fie aşa şi totuşi mi-e frică. Ironic este că am senzaţia că voi trăi artificial. Om furnică. "I bugs in my skin. Do I kill them. Becam there friend. No I join them".

Sunt conştientă că drogul îmi dădea viaţă artificială. Şi totuşi acum de asta mi-e frică.

Poate momente de depresie, poate de anxietate, poate de angoasă. Sigur. Azi sunt optimistă.

Ieri ai mei aveau o frică. Relaţia mea cu C., mi-era că totul a fost sub semnul drogului şi de fapt noi nu avem nimic în comun. Dar, azi, când m-am trezit şi m-am uitat la el 47 de minute am realizat. Ier-Depresie. Ieri-Prostie. Ieri-Angoasă. (De câte ori folosesc cuvântul ăsta îmi aduc aminte de 2 lucruri: Stef cu teoria lui despre kirkegard (aici fac pe culta) şi Dan - 2 Mai - când a murit Gabi şi am avut prima angoasă în curtea casei de ţărani de la 2 Mai.

Mi-a fost frică că dragostea pentru el era dată doar de drog, de faptul că mă înţelegea, mă lăsa s-o fac. Vacă proastă. Gânduri negre, rămăşiţe de lichid maro în creier. ÎL IUBESC, ÎL IUBESC, CHIAR MAI MULT DECÎT PE MINE (şi asta s-ar putea spune că e imposibil).

Ce nu înţeleg este că s-a întâmplat în ăştia 2 ani. Cum s-au putut schimba toate atât de radical.

La început era totul vesel, cool. Eram o gaşcă de copii (tineri) toţi din familii bune, toţi cu aptitudini artistice, toţi împotriva societăţii, toţi ca tinerii de afară (şi îmbr[caţi, tatuaţi, cu cercei, vopsiţi, fardaţi). Eram invidiată de toată lumea. Si felul nostru. Altfel. Eram uniţi. Aparent. Ieşeam pe stradă şi păreau străini. Ne simţeam bine. Bravam. Saşa machiat. C. cu toate culorile pământului în cap. Toate super tari. Toţi tatuaţi, cu cercei. Cu haine extravagante. Cu atitudine de ofrandă. Parcă (sau poate sigur) făceau asta ca să negăm totul din jurul nostru, să demonstr[m că suntem altfel, fără prejudecăţi, fără falsitate, cu valori reale (îmi vine să râd).

Totul părea în regulă, poate chiar prea bine. Ne strângeam în case mişto, mobilate, de cele mai multe ori Pop. Atât. Vorbeam despre Andy Wanhal, Bukovski, Kandinski, Margritte, William Burghans, vedea filme suprarealiste, "filozofam asupra vieţii", făceam transă, ascultam muzica cea mai mişto (care poate are cele mai profunde versuri, care mi se potrivea), ne drogam (dar ca distracţie la început - sau poate doar eu - şi asta tocmai ca să negăm regulile, normalitatea).

Eram mulţi, ieşeam afară, eram un grup care odată intrat undeva eram chiar remarcaţi. Iar noi excludeam pe oricine din afară considerându-l ignorant, superficial. Eram INTOLERANŢI. Eu încă mai sunt şi încerc să scap de chestia asta pentru că în felul ăsta am rămas singură. Singură cu C.. Un singur gest, vorbă, idee şi refuz omul respectiv din start.

Şi încetul cu încetul drogul ne-a făcut depresivi, ne-a îndepărtat unii de alţii. Singurele relaţii mai erau atunci când împrumutam. Se dusese ieşitul afară împreună, se dusese distracţia, s-au schimbat până şi hainele. Dintr-o dată eram singuri şi am fi vrut să ne facem neobservaţi (IMPOSIBIL). Chestia aia de high-class pe care o trăisem se dusese şi rămăsese doar singurătatea, prea multă singurătate şi PROMISCUITATEA.

Am început să ne ascundem de ei, de noi, de societate. Au început unele arestări. PANICA. FRICA. Poate primul moment de luciditate. POLIŢIE. PÎRNAIE. De moarte ştiam, dar ca orice om "Asta li se întâmplă doar proştilor, nu nouă. Doar începătorii, doar ignoranţii mor din heroină. Noi nu".

Şi de atunci a început DEGRADAREA. Eram fiecare pentru noi. A devenit o necesitate. Luam şi stăteam acasă. Am început relaţiile cu tot felul de suboameni ca să ne procurăm. Am început să ne furăm între noi. Să furăm. Să acceptăm în vieţile noastre oameni sub condiţia noastră şi mai ales sub condiţia de oameni. Dar ca să putem s-o cumpărăm, să ne-o facem, să o avem.

Deşi ştiu că pe părinţi au început să-i rănesc când am făcut-o prima oară, senzaţia mea este că abia acum începuse nepăsarea. Lipsa de dragoste, faţă de ei, faţă de noi, drumul spre MOARTE. Dar nu moartea aia pe care o acceptam cu 2 ani în urmă, ci moartea aia care ne înfricoşează, de care te fereşti, de care nu vrei să ştii.

Si totuşi a început momentul în care am pierdut valorile, am pierdut noţiunea realităţii, am devenit outsideri fără să mai vrem.

Totul devenise o luptă crâncenă, zilnică de a face oricum rost de bani de 150.000 (cel puţin) de a ne lua doza zilnică cu oricine, oriunde, oricum. Asta era singurul sens al zilei, singura bucurie, singura luptă cu viaţa. 150.000 lei.

Azi. Altă zi. A opta zi fără. Sunt furioasă. Furioasă pe heroină. Furioasă pe slăbiciunea mea. Eu în lupta asta am lăsat-o să mă învingă. O dată. De două ori. De nouzeci de ori. Si mă lăsam învinsă şi bătută în fiecare zi. În fiecare dimineaţă. Ei într-o luptă i-am dat cu bună ştiinţă armele mele, i-am arătat slăbiciunile mele şi am lăsat-o să mă învingă în fiecare zi cu armele mele.

Sunt furioasă pentreu că am fost laşă, pentru că am fost o învinsă. Pentru că mi-a plăcut să m-am lăsat învinsă. LOSER YOU THE BIGEST LOSER WAS ME.

Eu care întotdeauna am vrut să fiu o învingătoare. Eu care în fiecare bătălie cu viaţa, cu oamenii, cu sentimentele am fost învingătoare am cedat în faţa unui praf care s-a apropiat de mine ca un vârtej, m-a învăluit luându-mă parsivește mai întâi de jos, plăcut, excitant, cald şi uşor, a ajuns la cap. Iar în momentul în care mi-a văzut plăcerea din ochi, mi-a simţit fascinaţia, a văzut că a reuşit să mă rupă de cei din jur, s-a strâns. Şi m-a strâns tot corpul ca un şarpe veninos, mi l-a strâns până mi-a pocnit oasele şi muşchii şi creierul şi sufletul.

Şi ceaţa aia maronie, fascinantă care plutea în jurul meu a devenit mocirlă, semiîntuneric. Vroiam să ies. Vroiam să văd. Vroiam să scap. S-o înlătur. Numai că ea devedea mai multă, mai groasă, mai îngrozitoare şi atunci m-am lăsat la picioarele ei crezând că nu o pot învinge. M-am lăsat subjugată, călcată în picioare, murdărită.

Şi asta se întâmpla în vârtejul şi în lumea mea. În jurul mei pe părinţi îi omoram încet dar sigur şi conştient, pe prieteni i-am înşelat, îndepărtat, dispreţuit, tot conştient.

Doamne. Bine că am scăpat, pentru că ştiu că am scăpat, ştiu că nu voi fi niciodată învinsă în această luptă.

Imi aduc aminte, acum zâmbind (dar în sufletul meu plângând de imaginea asta a mea) cum când nu aveam răzuiam ce rămăsese pe linguriţă, pe pitic şi-l puneam pe C. să-mi fiarbă linguriţa. Care evident nu-mi făcea nimic, nu-mi lua dureri, nu mă liniştea, ci doar însemnau nişte găuri de ac de siringă la mine în venă în plus, încă puţină sare de lămâie, şi apă de la robinet băgată în sânge.

Doamne cât de jalnic sună, arată. Cât de jalnic era. Si nimic, mă lăsam umilită în continuare în faţa ei, în faţa mea chiar şi în faţaz lui C. sau a altor necunoscuţi sau cunoscuţi care mă vedeau. Ce vedeau. Erau oameni noi care aşa m-au cunoscut: SLABA, CÎRPĂ, EGOISTĂ. UN GUNOI.

Iar eu ştiu că nu e aşa. Ştiu asta.

Tocmai am făcut perfuzii, mie mi-au făcut în mâna dreaptă şi nu pot să scriu aşa că gândurile mele le scrie C.. Invalidă. Mă simt neputincioasă. Mi-e foarte frică. Stiu că încep o viaţă nouă şi mi-e frică că nu ştiu ce să fac cu ea. Mi-e frică că o să mă scol dimineaţă, am să fac probabil aproape tot ce mi-am propus în ziua respectivă (poate pentru prima dată după mult timp) şi când am să mă culc seara, când am să fiu în pat, am să mă simt ca un robot care a bifat tot sau în mare parte din ceea ce a fost "programat" să facă. Aşa cum a zis C. după ce a terminat propoziţia ştiu că de fapt atunci când eram drogată eram robot. Şi totuşi mi-e frică. Mă simt ca un nou născut mare. Nu ştiu de ce atunci nu mi-a fost frică şi acum îmi este. Poate că atunci eram curioasă şi acum ştiu în parte ce este viaţa şi cât de nasoală poate fii (probabil că nu om mai mare ar râde de mine şi mi-ar spune că nu ştiu nimic despre viaţă). Mă simt puternică acum că deşi am un tub în mâna dreaptă totuşi scriu. Şi puterea asta o simt pentru că mi-am adus aminte în pauza de masă pe care am luat-o, de D.S. care reuşea să facă totul cu stânga. Cum el la 16 ani a avut puterea să treacă peste faptul că, l-a văzut pe taică-su cu creierii pe parbriz şi el şi-a pierdut toată mâna dreaptă (ştiind că dacă n-ar fi fost Revoluţie şi-ar fi putut să-şi

păstreze întreaga mână) şi a trecut şi peste faptul că maică-sa a înebunit. "Şi era cel mai bun la biliard" şi la ski şi n-a rămas repetent şi a învăţat să scrie la fel de bine cu stânga ca şi cu dreapta.

Şi m-au apucat crizele. Şi-am ieşit afară să urlu că eu la 20 de ani n-am avut puterea să lupt cu ea sau cu viaţa şi să nu ajung să stau la Moroieni în sufragerie cu C. lângă mine cu perfuzii în mână agăţate de tavan. Să mă simt ca un alien cu alienul meu pereche. Şi să simt că mă înec şi că singurul colac de salvare e C.. Să mă simt ca luată de un vârtej de apă întunecată şi trasă în jos cu toată puterea şi singurul lucru pe care să-l văd stând cu capul în sus să fie o geană de lumină în spatele feţei lui C.. Apropo de frica de care ziceam mai sus, mi-e frică, că orice aş face (mai puţin un copil pe care îl voi creşte cu frica drogului nu al meu ci al lui) nu mă va satisface, nu mă va împlini. Ştiu că e o tâmpenie, ştiu că nu este adevărat, ştiu că nu are cum să fie aşa, dar de asta mi-e frică. Ai mei mi-au spus că psihologul ar fi tras concluzia că există un conflict între mine şi mama. Probabil că este adevărat, nu ştiu despre ce este vorba. Nu ştiu în ce constă conflictul ăsta, ştiu că o iubesc, ştiu că o iubesc enorm de mult, că dacă n-ar mai fi, ceva din mine n-ar mai fi. M-aş simţi dezrădăcinată şi totuşi astăzi am scris un ..

Mama nici măcar nu există în scrnariul ăsta, personajul meu avea doar tată şi m-am simţit vinovată că am exclus-o pe mamă şi mi-am promis mie că atunci când îl voi termina pe ăsta voi face un scenariu care poate nu va ajunge niciodată film, ca şi asta, despre ea. Nu e vorba că mai puţin, nu e vorba că o iubea altfel şi până şi prin asta mă simt vinovată faţă de ea.

Faptul că n-am prea scris nimic despre ce le-am făcut alor mei acum este pentru că mi-e frică să mă gândesc ce au simţit. Ce o să simt eu probabil când copilul mei va fi în situaţia mea. Din nou lașă, din nou egoistă, mi-e frică să mă gândedsc sau să mă scutesc eu de o suferinţă în plus."

Iată un alt caz, povestea subiectului GS, 22 ani, fără ocupaţie (studentă ??)[1]:

„Cine sunt eu? Nu ştiu sigur. "Eu" m-am pierdut pe drum, prin ani… A rămas doar o "Mona" pe care nu o cunosc foarte foarte bine; cu puţine trăiri, puţine vise şi multe carenţe – în toate domeniile!

Viaţa mea din ultimul timp s-a scurs într-un ritm calm, lent, fără evenimente sau trăiri sufleteşti intense. Zilele se scurgeau una după alta fără ca eu măcar să conştientizez trecerea timpului.

Simţeam doar înăuntrul meu o stare de bine şi asta conta; ce se afla lângă mine, ce se petrecea în jurul meu, nu conta: eu mă simţeam bine, şi …atât!

Practic, aveam momente în care mă apuca disperarea şi mă simţeam cuprinsă de deznădejde. Acestea erau, bineînţeles, momentele de „lipsă", momentele în care mintea mea conştientiza perfect ce se întâmpla cu mine, dar corpul meu cerea – din ce în ce mai mult, mai des şi mai cu putere …Urma însă un spike în venă, care rezolva tot, care stopa disperarea şi deznădejdea, care mă făcea să simt bine în inconştienţa mea, şi care făcea ca totul în jurul meu să pară frumos.

Astăzi cred că este prima zi din ultimul timp în care conştientizez, în care văd – lucidă fiind – ce se petrece în jurul me, şi prima zi în care gândesc ! da, efectiv gândesc şi, deşi e clar că este un lucru perfect normal, oarecum mă mir… Probabil "mirare" nu e chiar cel mai potrivit cuvânt pentru ceea ce simt, dar simt ceva straniu, oarecum nou, ceva ce nu pot defini exact…

Demult de tot, în fiecare noapte obişniam să mă gândesc la mine, la viaţa mea, la evenimentele zilei ce a trecut, la prietenii mei la dorinţele şi visele mele. Analizam tot, în profunzime; uneori, îmi aţinteam pe hârtie gândurile şi dorinţele, şi adormeam fericită… Nu am mai făcut acest lucru de atât de mult timp, fără să realizez că îmi lipseşte, şi abia acum îmi dau seama că, de fapt mi-a lipsit chiar foarte mult !

[1] În 2001, persoana nu mai consuma droguri ci numai alcool şi, se ocupa cu şantajul sexual.

E noapte! O noapte rece, dar frumoasă…Ştii de cât de mult timp n-am mai văzut noaptea, n-am mai simţit-o? Până acum, invariabil, se împletea cu ziua, devenind un tot indescifrabil

…Şi cât de mult iubeam cândva, demult de tot, nopţile – cu liniştea şi întunecarea lor …

Acum, am redescoperit-o!

Da, am redescoperit frumuseţea ei şi sunt fericită !…

Mi-ar fi plăcut să vorbesc cu tine acum, dar …ţi scriu !…

Nu ştiu exact de ce, dar simt în mintea mea o învălmăşeală de idei …Atâtea lucruri despre care nici nu mai ştiam că există; atâtea lucruri pe care le uitasem – fără a le simţi lipsa măcar (dar care realizez, de abia acum, că nu mi-au lipsit…)

…Viaţa e frumoasă, nu ? Da, simt asta acum, singură, în noapte, străpunsă de frig şi încnjurată de linişte şi munţi …viaţa e frumoasă şi trebuie să învăţ să o trăiesc !

…Aş vrea să plâng ! să-mi plâng ultimul an din viaţă, pe care doar am mimat că-l trăiesc – eu fiind undeva paralel cu lumea reală ! dar aş vrea să plâng şi de fericire că am redescoperit viaţa şi în special oamenii din jurul meu !…

Dar nu plâng ! Nu plâng, pentru că plânsul epuizează, iar eu trebuie să fiu puternică, să am forţe noi pentru noua viaţă ce mi se deschide în faţă, nu-i aşa ?

……

Mă simt singură ! Dar de fapt,dintotdeauna am fost singură !

M-am închis în mine, fără a simţi nevoia de comunicare …Eram fericită în lumea mea goală, şi…atât !…

Acum simt altfel singurătatea …

Îmi place liniştea din jur, îmi place să privesc natura, dar singurătatea asta mă doare …

Cred că cel mai fericit moment al zilei este acela când eşti aici şi stăm de vorbă !

Simt ceva ciudat ! Simt că am încredere în tine şi simt că îmi eşti atât de aproape ! Spun "ciudat" pentru că mult timp nu am avut deloc încredere în oameni, ba chiar i-am privit ca pe nişte duşmani.

Iniţial, când am auzit că voi sta de vorbă cu un psiholog, mi-am imaginat imediat un moş tâmpit, care va încerca să-mi "bage pe gât" nişte idei aiurea, care mă va considera nebună şi ratată şi, care îmi va fi deosebit de antipatic !

Şi, într-un fel aceste gânduri se bazau pe realitate; aveau ca bază experienţa trăită nu cu mult timp în urmă, când l-am cunoscut pe "domnul X" (nici măcar nu i-am reţinut numele), care în două şedinţe mi-a vorbit despre fata lui – care vrea să devină critic de operă, şi a încercat – fără argumente să mă convingă că relaţia dintre mine şi ai mei părinţi (relaţie tensionată în ultimul timp) este rezultatul lipsei de comunicare şi a problemelor părinţilor mei la birou !…Tâmpit, nu crezi?

Relaţia cu tine a fost diferită, este complet alta …! Deşi în prima clipă când te-am întâlnit erai "duşmanul" (nu ştiu de ce, dar în acele momente, probabil involuntar, consideram toţi oamenii din jur "duşmani"), în următorul moment, când mi-ai spus calm, zâmbind, să respir, am realizat brusc că, de fapt şi tu, şi toţi din jurul meu, vreţi să mă ajutaţi !"

Identificarea alternativelor la consumul de drog.

Trebuie identificate alte modalităţi de eliminare a anxietăţii, de a-l face pe individ mult mai dinamic, energizat şi să experimenteze unele din efectele oferite de substanţele psihoactive.

Consumul de substanţe psihoactive maschează de obicei simptomele problemei fără a o soluţiona cu adevărat sau să asigure măcar o soluţie pe termen scurt. Un stimulent, un

energizant, poate ajuta o persoană să se simtă în putere, dar lipsa de energie poate proveni chiar dintr-o alimentaţie inadecvată sau din somnul insuficient.

Există câteva alternative la consumul de drog pe care subiectul trebuie să le aprofundeze. Metodele de reducere a stresului pot ajuta la eliminarea anxietăţii. Psihoterapia şi consilierea pot ajuta în problemele emoţionale.

Derularea unor programe de educaţie fizică şi sport pot asigura o ţinută naturală. Deoarece oamenii recurg cu mare uşurinţă la droguri pentru o varietate de motive, fiecare persoană trebuie să descopere alternativele care le-ar putea satisface preferinţele şi trebuinţele individuale.

PROBLEME ETICE ŞI SOCIALE ALE CONSUMULUI DE DROG

Societăţile democratice cu siguranţă că nu rămân indiferente la consumul voluntar non-medical de substanţe psihotrope.

Este un fapt acceptat că doar câştigul realizat prin efortul personal şi prin sentimental de îndatorire faţă de ţară, faţă de ordinea socială existentă şi faţă de familie, reprezintă un câştig legitimat.

Solicitările sociale şi economice ale unei socieăţi moderne au produs modificări radicale în ultimile câteva decade, chiar în ciuda inerţiei caracterului social existent, a dorinţelor şi valorilor acesteia. Într-un anume sens, controvesrsele curente asupra drogurilor reprezintă o reflecţie a spectrului cultural cu toate conflictele ce decurg din lipsa unei bune corespondenţe dintre învăţăturile traiţionale şi viziunea asupra lumii după cum este astăzi percepută de un public tot mai numeros. Societatea modernă se situează într-o stare de tranziţie rapidă iar această tranziţie nu rămâne fără consecinţe din punct de vedere al stabilităţii.

SOLUŢIILE SOCIETĂŢII ÎN ABUZUL DE DROG.

Chiar dacă indivizii trebuie să decidă personal în cele din urmă în ceea ce priveşte consumul de drog, guvernul, prin instituţiile sale, ale statutului de drept, cât şi societatea trebuie să-şi asume responsabilitatea nu numai pentru controlul social cât şi pentru controlul traficului şi consumului de droguri şi, prevenirea abuzului.

Legislaţia şi atitudinea societăţii sunt factori de mediu foarte importanţi şi care au un impact asupra disponibilităţii şi acceptării drogurilor.

Cea mai mare problemă a drogurilor în această perioadă o constituie politica de marketing şi consumul de substanţe psihoactive ilegale. Nu numai că drogurile deja au ucis vieţi, au ruinat alte vieţi dar, de asemenea constituie rădăcina ritmului înfiorător de alarmant pentru criminalitatea legată de droguri. Pe plan mondial se constituie o rată de 8% în extensia dimensiunii consumatorilor de drog.

În România încă nu se face nimic pentru suprimarea reţelelor de criminalitate organizată. Probabil că, o componentă crucială în reducerea solicitărilor drogurilor o constituie educaţia, componentă pe care Institutul de Ecologie Socială şi Protecţie Umană – FOCUS, consideră să o promoveze prin cercetătorii cooptaţi. Educarea populaţiei asupra pericolelor provocate de droguri, asupra motivaţiei de a recrge la drog, modalităţile de evitare a abuzului şi modurile de acorda ajutor, pot reduce într-un viitor, cererea de substanţe şi astfel să conducă la asigurarea sănătăţii individuale, a climatului de securizare a populaţiei, către o societate sigură, sănătoasă şi frumoasă.

Rezumat.

Oamenii recurg la consumul de droguri dintr-o varietate de motive, printre care eliberarea de durere şi a disconfortului, evadare din plictiseală, din probleme aparent de nerezolvat, obţinerea plăcerii şi abordarea performanţei.

Drogurile recomandate sub reţetă sunt folosite pentru ameliorarea simptomelor, prevenirea îmbolnăvirii, controlul stărilor cronice şi tratamentul maladiilor.

Odată cu apariţia toleranţei, organismul devine adaptat la substanţe astfel încât va fi nevoie de doze şi mai mari pentru producerea efectelor dorite. Dependenţa este o stare în care subiectul devine atât de subjugat substanţelor încât aceste nu mai poate funcţiona fără ele. Stăpânirea (engl. *addicted*) se referă la consumul compulsiv de substanţe şi include toleranţa şi dependenţa (fizică şi psihică). Nivelele majore ale consumului de drog, sunt consumul experimental, recreaţional, situaţional, intensificat şi cel compulsiv.

Modelul agent-stare individ-mediu explică dependenţa de drog mai mult decât ca o problemă individuală. În consumul şi dependenţa de drog există şi alţi factori cu un rol important.

Drogurile produc o scară largă de efecte asupra organismului. Ca idee, drogurile acţionează doar asupra celulelor care sunt compatibile cu substanţele chimice din acel drog. De asemenea, drogurile pot produce efecte secundare care nu se corelează cu scopul drogurilor. Aceste efecte secundare prezintă riscuri potenţiale.

Drogurile se administrează pe cale orală, prin injecţie şi prin inhalaţie. Metoda de administrare poate fi un factor determinant în apariţia şi tipul de efect al drogului.

Doza eficientă este cantitatea standard pe care medicii o folosesc pentru determinarea dozelor adecvate pentru medicamentele subiecţilor. Aceste doze diferă de la o substanţă la alta şi de la o persoană la alta.

Interacţiunile substanţei constituie un risc sever şi nepredictibil în consumul de drog. Datorită acestor interacţiuni, o subsatnţă medicamentoasă poate bloca efectele unei alte substanţe, dezvoltând efecte secundare sau accentuând efectele celor deja administrate.

Categoriile majore de substanţe psihoactive sunt sedativele/ hipnoticele (barbituricele şi substanţele antianxietate), stimulantele (cofeina, amfetaminele şi cocaina), marihuana, solvenţii volatili cât şi alţi inhalanţi cum ar fi peroxidul de azot şi amil nitratul, narcoticele opiacee (heroina, opium şi morfina) şi, psihedelice/halucinogene (LSD, mescalina psilocybin şi PCP). Fiecare din aceste categorii pot dezvolta riscuri severe.

Subiecţii care doresc să-şi depăşească obişnuinţa de consum, pot solicita ajutor atât în ambulator cât şi prin internare. De asemenea, ei pot căuta alternative la consumul de drog, cum ar fi îmbunătăţirea dietei, a exerciţiilor, a vieţii sociale şi a sănătăţii emoţionale.

Responsabilităţile societăţii pentru consumul drogului includ legislaţia cât şi disponibilitatea, educaţia de a pregăti populaţia asupra pericolelor consumului şi abuzului de substanţe psihoactive

*

Cercetătorii ne informează că nu avem răspunsuri adecvate la întrebarea, "Care este cauza abuzului de drog la tineri ?". Aceştia au oferit date corelate ce sunt necesare în înţelegerea diferenţelor ce apar între cei ce consumă şi non-consumatori. Modelele explicative, biologice, psihologice şi de adaptare la stress oferă acel cadru de înţelegere a mecanismelor de declanşare şi consum de drog. Factorii urmăriţi în analiza cazului sunt normele culturale ce încurajează consumul, epuizarea spirituală în ceea ce priveşte semnificaţia vieţii, predispoziţia genetică şi

dereglările în relaţia normală copil-părinţi. Mai mult, dacă factorii precum realizări academice scăzute, dezinteres pentru şcoală şi un istoric cu probleme de disciplină îi determină pe copii şi adolescenţi să consume droguri, atunci majoritatea tinerilor cu nerealizări şcolare vor fi implicaţi în problematica drogurilor. Dar nu aceasta este situaţia. În toate probabilităţile, etiologia majorităţii consumatorilor de droguri este un proces complicat ce implică interacţiunea unor multiple variabile, dintre care unele prezentate nu sunt încă bine înţelese. Informarea asupra factorilor de risc ce decurg din consumul de droguri, reprezintă o etapă necesară în conturarea profilului adolescenţilor care se expun unor riscuri crescute prin implicarea în consumul de droguri. Fundamentele acestui profil se bazează pe caracteristici precum: familia, prietenii, amicii, şcoala şi personalitatea.

Copiii care provin din familii în care nivelul de stres este ridicat, valorizarea interpersonală şi coeziunea lipsesc, iar comunicarea eficientă apare arareori, atunci, toate acestea sunt trăsături ce conduc la o accentuare a probabilităţii spre a deveni un dependent de drog. Modelul parental ce sprijină consumul de alcool şi drog şi eşecul părinţilor în a-şi exprima propriile convingeri şi atitudini asupra drogurilor întăresc factorii de risc. Consumul de drog este în general o activitate derulată în grupul de prieteni, fiind considerată de unii specialişti ca cel mai adecvat predictor al consumului de drog în rândul tinerilor. Compania cu cei ce consumă droguri sau cu cei ce sprijină tacit consumul de drog, se expun unor riscuri crescute de a deveni consumatori. În termeni ai randamentului şcolar, tinerii cu risc crescut tind să aibe slabe performanţe şcolare, slabe aspiraţii academice şi o slabă apreciere a aptitudinilor lor academice. Din perspectiva devenirii personalităţii, consumatorii de drog aparţin grupului de rebeli, celor impulsivi şi dornici de plăceri. Acceptând consumul de drog apar şi alte comportamente deviante, dar se manifestă şi o slabă imagine de sine, deficit ce poate fi anulat după asocierea la grupul care sprijină consumul.

Analizele psihosociale realizate asupra subiecţilor arată că implicarea în consumul de drog apare indiferent de grupul social de provenienţă, minoritate, nivel socioeconomic, performanţe şcolare, dar totuşi unii sunt mai expuşi unor riscuri crescute decât alţii.

BIBLIOGRAFIE.

1. Ace A.M., Smith D., *Crack*. Nursing '87, 1987, nr.5, 614-616.
2. Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Johnston, J., *Adolescence to adulthood: change and stability in the lives of young men*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, 1978.
4. Bennett G., Graves S.E., Kavanough M.T., Vourakis C., *An overview of substance abuse treatment*. În: Bennett G., Vourakis C., Woolf D.S., eds. *Substance abuse*., NY: John Wiley & Sons, 1983.
1. Blum R.H., Gartfield E.F., Johnstone J.L., Magistad J.D., *Drug education: Further results and recommandations*. Journal of Drug Issues, 8, 379-425, 1983.
2. Boroi Alex., Neagu Norel, Radu-Sultănescu V., *Infracţiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri.* Ed. Rosetti, 2001.
3. Capuzzi D., Lecoq L., *Social and personal determinants of adolescent use and abuse of alcohol and marijuana*. The Personnel and Guidance Journal, 62, 199-205, 1983.
4. Dima Traian, *Traficul şi consumul ilicit de stupefiante. Combatere prin mijloace de drept penal*. Ed. Lumina Lex, 2001.
5. Fischman M.W., *The behavioral pharmacology of cocaine in humans*. În: Grabowski J., ed. *Cocaine: the pharmacology, effects and treatment of abuse*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1984.
6. Ford D.S., *Factors related to the anticipated use of drugs by urban junior high school students*. J. of Drug Education, 13, 187-196, 1983.

7. Gafiţa M., *Publicitate pentru combaterea traficului de droguri*. În revista Psihosociologia-Mass-media, nr.3/2003, pag. 49-50

8. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie OXFORD*., (traducere lb.română, ed. a II-a), 1994, As.Psihiatrilor Liberi din România.

9. Hamilton J.A., *An overview of the critical relationale for advancing gender – related psychopharmacology and drug abuse research*. În: Ray B.A., Brande M.C., eds. *Women and drugs: new era for research*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1986.

10. Hoffman Al., Estas N.J., *A tool for measuring body and behavioral experiences*. Alcohol Health Res World, 1986, 10, 3.

11. Jalali B., Jalali M., Crocetti G., Turner F., *Adolescents and drug use: Toward a more comprehensive approach*. American J of Ortopsychiatry, 51, 120-130, 1981.

12. Jessor R., Jessor S.L., *Problem behavior and psychosocial development longitudinal study of youth*., 1977, New York, Academic Press.

13. Jessor R., Jessor S.L., *Theory – testing in longitudinal research on marijuana use*. În lucrarea: Kandel D., ed. *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*., 1978, Washington D.C.: Halstead-Wiley.

14. Kandel D., *Adolescent marijuana use: role of parents and peers*., Science, 1973, 181, 1067-1070.

15. Kandel D., *Drug and drinking behavior among youth*. Annual Review of Sociology, 1980, 6, 235-285.

16. Kandel D., Murphy D., Karus D., *Cocaine use in young adulthood: patterns of use and psychological correlates*. În: Kozel N.S., Adams E.H., eds. *Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspectives*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1985.

17. Kim S., *An evaluation of ombudsman primary prevention program on strudent drug abuse*. Journal of Drug Abuse, 11, 27-36, 1981.

18. Kovack J.A., Glickman N.W., *Levels and psychosocial correlates of adolescent drug use*. Journal of Youth and Adolescence, 1986, 15, 61-77.

19. Mills C.J., Noyes H.L., *Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1984, 52, 321-243.

20. McFarland G.K., Wasli E., *Nursing Diagnoses and process in psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.

21. Mendelson S.H., Mello N., *The Diagnosis and Treatment of alcoholism*. New York, McGraw-Hill, 1986.

22. Moss A.R., *AIDS and intravenous drug use: the real heterosexual epidemic*. British Medical Journal 294, 389-90, 1987.

23. National Institute of Drug Abuse. *Teenage drug use: A search for causes and consequences*., realizată de Smith G.M. În: Littieri D.J., ed. *Predicting adolescent drug use: A review of the issues, methods and correlates*. DHEW Pub.No(HDM) 76-299, Washington D.C.: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

24. Newcomb M.D., Maddolician E., Bealter P.M., *Risk factors for drug use among adolescents: concurent and longitudinal analysis*. An J.Public Health, 1986, 76: 525-531.

25. Rickel A.U., Allen L., *Preventing maladjustment form infancy through adolescence*. Beverly Hills, Sage, 1987.

26. Sheppard M.A., Weight D., Goodstadt M.S., *Peer pressure and drug use: Exploding the myth*. Adolescence, 1985, 20, 949-958.

27. Sparkes R.S., *Polymorphic gene marker studies*. În: Brande M.C., Chao H.M., eds. *Genetic and biological markers in drug abuse and alcoholism*. Rockville M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1986.

28. Textor M.R., *Family therapy with drug addicts: an integrated approach*. Am.J.Orthopsychiatry, 1987, 57, 495-507.

29. Tihan E., *Dependenţă şi non-dependenţă la vârsta adolescenţei*. Conferinţă la Şcoala superioară N.Kretzulescu, 1996, Bucureşti.

30. Tihan E., *Cercetare psihologică asupra grupului de dependenţi de drog aflaţi în program terapeutic la C.M.D.T.-Munposan'94, martie-iunie 1999.*

31. Tucker M.B., *Coping and drug use among heroin – addicted women and men*. În: Shiffman S., Willis T.A., eds. Coping and substance use. NY: Academic Press, 1985.

32. U.S. Dept. of Education., *Youth indicators – 1988*, DOE.Pub.No.PIP.88-834, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

33. Vintileanu I., Roman M., *Femeia în criminalitate*., Institutul pentru Cercetarea şi Prevenirea Ciminalităţii. 2000

34. Wise R.A., *Neural mechanisms of the reinforcing action of cocaine*. În: Grabowski J., ed. *Cocaine: pharmacology, effects and treatment of abuse*. Rockville M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1984.

35. Wright L.S., *Parental permission to date and its relationship to drug and suicidal thoughts among adolescence*. Adolescence, 1982, 17, 409-418.

36. Revista *VIAŢA MEDICALĂ*, nr.16, 17/2002

ASPECTE MEDICALE

SĂNĂTATEA CA BUN PERSONAL ŞI SOCIAL, PRODUCĂTOARE DE VALORI.
RAPORTUL SĂNĂTATE TEREN-CONSTITUȚIONAL: ROLUL FACTORULUI GENETIC ÎN MODULAREA "PERSONALITĂȚII" CONSUMATORULUI DE DROGURI

ÎN MEDICINA MODERNĂ, termenul este definit ca starea generată de ansamblul caracterelor funcţionale şi structurale ale unui organism, într-un anumit stadiu al dezvoltării sale biologice (al evoluţiei constituţiei sale). Totalitatea capacităţilor funcţionale ale elementelor structurale ale unui organism definesc constituţia. Dacă admitem că unitatea organizatorică a materiei vii, indiferent de treapta de evoluţie este sistemul, atunci omul reprezintă una dintre trepte. Ca sistem, acesta se află într-o permanentă integrare şi adaptare faţă de factorii din mediu, mereu schimbători, în scopul conservării ca individ, dar mai ales ca stare de sănătate.

Din fericire pentru om, factorii din mediu, relativ rar, pot modifica terenul, astfel încât acesta să devină predispus patogenic. Dintre aceşti factori, denumiţi uzual factori de risc, factorii genetici reprezintă în cazul consumatorilor cronici de droguri un aspect minor, dar care nu poate fi neglijat. În general, factorul genetic reprezintă un anasamblu de gene, care pot fi considerate ca elemente de motivaţie pentru o anumită abatere de la starea de sănătate. În acest punct, apreciem că este momentul optim să reamintim că starea de sănătate se defineşte printr-o bunăstare fizică, psihică şi socială, şi nu numai în absenţa bolii. În cazul consumatorului cronic de droguri, tocmai ultimul element care circumscrie starea de sănătate, devine elementul principal şi cel mai precoce în a-l considera pe toxicoman, un bolnav. Revenind la implicarea factorului genetic în influenţarea stării terenului, argumentativ în sprijinul favorizării "înclinaţiei" spre consumul de droguri, este opţiunea predominată a unui popor, sau chiar al unei rase, de a "profera" un anumit drog: chinezii – opiul (opioid-like sau tonicele), orientalii – haşişul, indienii din Peru - cocaina frunze iar vest-europenii alcoolul sau succedaneele sintetice ale acestuia. Mai mult Luthar şi Mesonera (citaţi de G. Şt. Gorun) au demonstrat existenţa unei frecvenţe mai ridicate a dependenţei la drog, alcoolismului şi personalităţii antisociale printre rudele "drogaţilor". După Cadoret R. J. există două repere genetice pentru "alegerea" toxicomaniei: părinţii cu personalitate antisocială şi cei alcoolici.

Studiile statistice care au urmărit o perioadă îndelungată de timp "comportamentul" faţă de drog al unor familii împreună cu descendenţii acestora, gemenilor nu/sau divizaţi, dar cu părinţi biologici care se drogau, se constituie ca un alt argument al implicării factorului genetic în recurgerea la toxicomanie

Intervenţia factorului genetic în consumul de droguri pare a se situa la trei nivele:

- "interesul-curiozitate", mai crescut la auzul, vederea sau relatarea despre un anumit drog; în fapt temperamentul individului.
- mentalitatea generală şi individuală;
- deficienţa volitivă şi perturbarea selectivităţii priorităţilor în a acţiona.

Este astfel oportun să reamintim că "dai voinţă, iei putere", ori predispuşii la toxicomanie şi toxicomanii invocă tocmai elementul "insatisfacţiei" sociale pentru a-şi justifica viciul. Rezultă că

factorul genetic conferă o anumită "sensibilitate" la factorii de risc şi o anumită tipologie psihologică susceptibilă.

Substratul morfologic al evidenţierii factorului genetic este considerat a fi dezechilibrul de linkage dintre alele D2Ai cu gena DR2, cu prevalenţa în expresivitate (fenotipică) a primeia. Astfel, factorul genetic, deşi nesemnificativ din punct de vedere patogenic, intervine pentru instalarea predispoziţiei

CONSUMUL DE DROGURI ÎNTRE UZ ŞI ABUZ. ASPECTUL MORAL AL UZULUI RECOMANDAT ŞI AL TOXICOMANIEI

Scurt istoric al evoluţiei consumului de droguri

UZUL UNEI SUBSTANŢE considerate drog, poate fi un act moral, indiferent de situaţia şi scopul care-l determină, mai mult teorii recente, la care subscriem, evaluând ca moral şi abuzul toxicomanului, care în aceste condiţii este un bolnav încă din faza de tatonare-iniţiere la consumul de stupefiante.

Istoria consumului de droguri poate fi considerată ca incluzând cinci etape importante, ultima cu două subdiviziuni, în care drogul ca substanţă, a fost evaluat şi reevaluat sub aspectul efectului indus în organism.

A. Utilizarea drogurilor mai ales sub formă naturală, brută, ca "divinatori", a fost admisă încă din antichitate ca un fapt moral, chiar dacă inconştient. Efectuarea ritualurilor sacre şi a ceremoniilor religioase impunea folosirea cannabis-ului sau a macului, spre a se obţine exaltarea dionisiacă, specifică evenimentului. În spaţiul ocupat de geto-daci, erau cunoscute şi folosite efectele induse de "atropa belladena" (mătrăguna, denumită şi "cireaşa lupului") şi ale cânepii indiene.

Herodot, referindu-se la utilizarea acesteia din urmă de către geto-daci, consemna: "luau sămânţă de cânepă, pe care o aruncă peste pietre fierbinţi scoase din foc, îndată ce ea atinge pietrele răspândeşte un fum şi nişte aburi atât de denşi încât întrece cu mult efectele unei căldări elineşti. Excitaţi prin această baie, ei strigă de bucurie."

În ritualurile de sacrificiu, care aduceau ca ofrandă zeului Zalmoxis omul, geto-dacii administrau în prealabil sacrificatului un astfel de drog spre "a-l încuraja şi bucura" spre autosacrificiu, unde era ucis prin aruncarea în suliţe.

B. În paralel, în aceeaşi perioadă, unele plante desemnate cu calificativul de "rele" pentru efectele farmacologice ale substanţelor care le conţineau, au început a fi utilizate în fabricarea "otrăvurilor". Pentru aceasta macul era planta preferată. Producerea otrăvurilor este pe de o parte rezultatul cunoştinţelor căpătate prin curiozitatea "de a afla" (calea pseudoştiinţifică), iar pe de altă parte ca rezultat al existenţei omului într-un mediu ostil, în care se impunea menţinerea lui ca individ, cu propietăţile sale de autoconservare şi autoreproducere.

Prin "descoperirea" otrăvurilor, în istoria evoluţiei concepţiilor despre droguri, se trece de la stadiul de atitudine pasivă faţă de mediu, în care omul se consola cu status-ul său, la cel activ, de luptă, pentru a-l modela.

Utilizând drogurile în timpul ceremoniilor cu caracter religios, omul implora natura cu forţele ei, prin intermediul divinităţii , să-l ajute, pe când prin recurgerea la utilizarea "otrăvii" se stabileau noi reguli de convieţuire, noi achiziţii şi criterii pe scara valorilor umane, chiar dacă actul în sine era imoral. Exemplificative în acest sens, sunt acţiunile de "manipularea violenţei" de către stăpânul fortăreţei Alamut (Liban), secolul XIII, care-şi droga bandele, pentru a controla traficul de mărfuri derulat în zonă şi pentru a-şi elimina adversarii politici.

Cu mult înainte, începând cu secolul al VII-lea î.d.Hr., indienii, grecii şi egiptenii, mai târziu romanii, utilizează otrăvurile pentru a scăpa de conducătorii "incomozi", dar şi pentru "magia neagră". În aceste ritualuri magice vizau în special efectele halucinogene şi de extaz, furnizate de substanţele din mac, cânepă indiană sau mătrăgună (laur).

În evul mediu, se poate afirma fără frica de a greşi, că omorul prin otrăvuri pe bază de opiu era o politică de stat, astfel încât nici papa Alexandru al IV-lea (descendent din familia Borgia), nu se va sfii să le folosească.

C. Concomitent cu utilizarea drogurilor în scopurile mai sus menţionate, se conturează conceptul "magiei albe" şi leacurilor naturale reprezentate de "plantele bune". Dintre plantele considerate astăzi precursoare sau generante de substanţe-drog, erau utilizate în special cele cu proprietăţi analgezice, inductoare ale somnului sau narcozei, cu scopul îngrijirii paleative a celui suferind (cânepa, opiul, frunzele de coca). Alteori, ca în cazul descrierii lui Homer, "băutura era prescrisă pentru a înlătura tristeţea".

Epoca "diferenţierii farmacologice" a căpătat valenţe benefice din punct de vedere social pentru preoţi şi vraci. Modulând efectele induse de către substanţele-drog, prin diverse moduri de preparare şi folosinţă ulterioară, în condiţiile păstrării unor astfel de "secrete", aceştia şi-au asigurat în cadrul grupului social statutul de conducător. Autoinvestiţi cu puterea deciziei şi speculând starea indusă supuşilor prin "miracolele" şi "tainele" pe care le creeau, respectiv deţineau, au dispus împărţirea bunurilor materiale şi transmiterea puterii după moartea lor.

Prin îmbogăţire, puterea sporea, devenind perenă şi transmisibilă peste generaţii astfel încât se prevedeau zorii unei noi epoci.

D. În perioada feudalismului târziu, mai ales în ţările Europei de Vest, de la uzul drogurilor, existent până atunci, se va trece la abuzul moderat. Utilizate permanent şi în doze mici, drogurile vor invada "saloanele de festivităţi" ale marilor familii aristocrate, în scopul creerii stării de bine pentru participanţi, dar şi al stimulării creaţiei, mai ales al fanteziei scriitorilor, pictorilor sau poeţilor, obişnuiţi ai acestor festinuri.

Dacă în antichitate drogul era "utilizat" de mulţi, dar rar, în evul mediu recurgerea la folosirea lui va fi quasipermanentă şi bine dozată, cu interes ştiinţific din partea chimiştilor, alchimiştilor, etc.. Astfel, Lydenham prescria "laudanum" în timp ce Paracelsus recomanda "tinctura de opiu" ca piatră a nemuririi (sec. XVI) sau Fracaster diascordium-ul (sec. XV).

Prima lucrare ştiinţifică privind tulburările neuro-psihice provocate de haşiş a apărut în Franţa anului 1840, sub îndrumarea medicului psihiatru Moreau de la Tours.

Deşi aparent neînsemnat ca durată şi amploare, acest mod justificat de a abuza "inconştient" de drog, caracteristic începutului de secol XIX, reprezintă un punct de reper în istoria evoluţiei consumului de droguri.

Astfel, planta-drog din alcovurile epocii, devine substanţă-drog, vandabilă în oricare farmacie ca medicament, fapt care a făcut ca membrii comunităţilor să capete dreptul de acces la drog, în caz de boală, prilej cu care au descoperit efectele sale "miraculoase". Cu ocazia altor îmbolnăviri, personale sau din anturaj, a apărut un fenomen de "plasare" sau recomandare a "preparatului

miraculos". În acest fel, de la prescriere s-a ajuns la autoprescriere precum şi la posibilitatea uzului cronic, fapt ce a condiţionat apariţia de noi toxicomani şi în zilele noastre.

E. Ultima perioadă care poate fi identificată în evoluţia consumului de droguri de-a lungul istoriei, este cea care începe cu sfârşitul secolului XIX. Prin amploarea comerţului, a cercetărilor ştiinţifice şi a lăcomiei de înavuţire a unor indivizi, de la stadiul de abuz circumscris unui areal localizat, se ajunge, pe de o parte, la internaţionalizarea consumului de drog, iar pe de altă parte la uzul progresiv de droguri tot mai puternice. Fără riscul de a greşi, putem identifica din acest punct de vedere câteva etape caracteristice precum opiomania ce include şi morfinomania, cocainomania, eteromania şi nu în cele din urmă heroinomania.

Această primă subperioadă de sfârşit de secol XIX, caracterizată anterior, poate fi identificată cu noţiunea de "mondializare a consumului" fapt ce se traduce cu transformarea lui într-o problemă socială şi internaţională. Dacă prin Convenţia internaţională a opiului de la Haga (1912 – 1914) 12 state, printre care: Anglia, Rusia, Italia, Germania, Olanda etc. conveneau asupra primelor măsuri ce se impuneau a fi adoptate la nivel naţional, spre a preveni globalizarea, meeting-urile internaţionale ulterioare (19 februarie 1925, 13 iulie 1931, 26 iunie 1936–Geneva, 19 noiembrie 1948–Paris) stabilesc în mod concret substanţele-drog şi drogurile, precum şi măsurile de control al procesului de fabricaţie şi de comercializare a lor.

În istoria evoluţiei consumului de droguri, apreciem că se trece la o nouă subperioadă: cea a traficului şi consumului ilicit de droguri, pe de o parte, iar pe de altă parte la creerea primelor nuclee de luptă împotriva acestui flagel social.

Evoluţia legislaţiilor naţionale şi a celei internaţionale, în ultimii 65 de ani, a ridicat cu privire la toxicomanie, la rang de dezbatere în workshop-uri, a conceptelor de moralitate şi de legalitate/culpabilitate. Deşi discuţiile nu au condus la un punct de vedere unanim acceptat, există mai mulţi factori de decizie care admit că toxicomanul este un bolnav, conturându-se în acest fel şi un model cadru.

Admiterea unor astfel de ipoteze, impune în mod automat, revizuirea şi punctului de vedere cu privire la moralitate, în cazul consumatorului de droguri. În evaluarea moralităţii unui consumator cronic de stupefiante este necesar să ne reamintim conceptul potrivit căruia nici un om nu seamănă cu altul (în toate şi în tot), că puterea de muncă a fiecăruia este diferită iar parametrii biologici oscilează în limitele unei homeostazii, care are un minim şi un maxim al normalului (funcţie şi de tehnica determinării).

În mod asemănător, faptele sale nu trebuie evaluate în raport cu factorii comportamentali asociaţi cu starea de normalitate sau prin prisma unui rău făcut societăţii şi/sau propriei persoane.

MODELUL MEDICAL DE BOLNAV PSIHO-SOMATIC AL TOXICOMANULUI

EXISTENŢA UNUI ASTFEL DE MODEL, general valabil, dar cu "specificitate la individ" pleacă de la următoarele două adevăruri ştiinţifice unanim admise:

1. Organismul este un ansamblu armonios de caractere care constituie dotarea sa structurală biochimică şi fiziologică. Acestea sunt proprietăţi înnăscute, chiar dacă se manifestă după un anumit timp de la naştere, fiind determinate genetic şi transmise ereditar, prin intermediul mesagerilor macromoleculari proteici.
2. Boala reprezintă o stare biologică modificată (intensificare sau diminuare în raport cu preexistentul), constituită din ansamblul efectelor agenţilor patogeni asupra organismului. Agenţii patogeni ("pathos" – suferinţă, "genaum" – a genera) implicaţi în a modifica o stare biologică existentă (un sistem), pot fi clasificaţi în trei categorii:

    a) **factorii determinanţi** care reprezintă agenţii din mediu, fără de care boala nu poate apare. Frecvent, în limbajul medical cotidian, aceşti factori sunt denumiţi factori etiologici ("aectia" – cauză, "logos" – ştiinţă);

    b) **factori favorizanţi**, prin a căror acţiune este favorizată acţiunea factorului etilogic;

    c) **factori de apărare** la agresiunea factorului etiologic, care intervin în circumstanţe specifice.

În cazul individului care recurge la consumul de droguri este unanim admisă prezenţa factorului etiologic reprezentat de disponibilitatea drogului, legală sau ilicită. Disponibilitatea legală a drogurilor, care fac obiectul de studiu al prezentei monografii, nu poate fi decât conformă cu prescrierea medicală. Aceasta din urmă reprezintă indicaţia recomandată în scopul terapiei unor simptome ale anumitor boli.

Pornind de la această indicaţie terapeutică se pot distinge două forme de toxicomanii medicamentoase:

1. toxicomania "iatrogenă" admisă şi întreţinută cronic de către medic (cazul bolnavilor cu durere intensă, în neoplazii sau al unor boli psihice cronice);
2. toxicomania prin "autoprescriere".

În cazul primei forme, procurarea medicamentului-drog (derivaţi opiaizi, cocainici, tranchilizante sau late substanţe psihotrope) se face în cadrul unui sistem organizat, controlabil la nivel local şi naţional, chiar dacă eliberarea este gratuită, zilnică şi pentru întreaga viaţă (vezi lista celor patru categorii de droguri recunoscute internaţional şi cea a medicaţiei gratuite, acordată de către medicii oncologi şi neuropsihiatri din România, recunoscută anual prin contractul cadru al CHASS – anexa lucrării).

Instalarea toxicomaniei prin autoprescriere urmează două etape:

a) iniţierea, care are caracter legal şi inconştient. Caracterul legal al uzului de medicament-drog derivă din prescrierea acestuia de către medic. Caracterul inconştient este dat de acceptul bolnavului pentru a introduce în corp (indiferent de cale)

medicamentul. Indirect, constată în perioada imediat următoare "efectelele" de recompensă ale medicamentului; este înlăturată durerea, depresia, anxietatea, însoţită de starea de automulţumire.

b) în timp, în caz de revenire a simptomatologiei, recurgerea din proprie iniţiativă la auto-recomandare, pentru ca după un timp din lipsă de voinţă să-şi autoadministreze zilnic medicamentul-drog, frecvent, în doze crescânde.

Situaţia de fapt instalată, deşi ridică problema legalităţii procurării medicamentului-drog, pentru a-l avea disponibil, reliefează însă, intervenţia factorilor favorizanţi, a celor de apărare ("lipsa de voinţă") şi a farmacodependenţei.

Factorilor favorizanţi, am apreciat ca oportun să le rezervăm un subcapitol, deoarece prin aspectul lor psihosocial, sunt invocaţi ca "mijloc de apărare" de către persoana toxicomană.

Factorii adevăraţi de apărare, din punct de vedere medical, sunt reprezentaţi în cazul toxicomaniei de către factorii constituţionali (genetici). Cu privire la rolul acestor factori, am făcut referire în capitolul despre conceptul de sănătate, ca bun producător de valori.

Rolul factorului genetic exprimat fenotipic prin terenul şi tipul constituţional, este evidenţiat cel mai pregnant în cadrul celei de-a treia forme de drogaj, cel prin "contaminare". În această formă de toxicomanie, subiect la prezentei monografii, individul ca sistem funcţional psihic, joacă un rol important prin: răspunsul pe care îl dă provocării (prozelitismului, anturajului de grup) şi satisfacerii curiozităţii.

Evaluarea intervenţiei factorului genetic în modelarea structurării funcţionale a proceselor psihice, a permis identificarea majorităţii consumatorilor de droguri care aparţin conform G. St. Gorun următoarelor grupe:

a) psihoticii, parapsihoticii, prepsihoticii;

b) psihopaţii, neureticii;

c) întârziaţii în maturizare;

d) fenomenul modei sau "presiunea anturajului".

Din cele analizate mai sus reiese că aspectul psihologic faţă de iniţierea în consumul de stupefiante incubă două laturi:

1. vulnerabilitatea persoanei care este iniţiată, exprimată prin relativa uşurinţă la accept;
2. moralitatea persoanei care "ademeneşte" (consumator cronic sau dealer).

Depăşirea pragului primei utilizări (de vulnerabilitate) semnifică trecerea la etapa condiţionării consumului. Condiţionarea consumului este pe de o parte expresia dorinţei de a obţine recompensa, chiar cu preţul unor doze progresive cantitativ, paradisul artificial al lui Baudelaire sau voluptatea (poarta durerii şi tristeţii) lui Ball, iar pe de altă parte frica de sevraj.

După G. Şt. Gorun, al cărui model schematic de iniţiere şi instalare a dependenţei este prezentat alăturat, excesul trece prin trei stadii diferite, incluzând şi imposibilitatea de control al consumului (pagina 306 – Paradisuri Artificiale).

Dacă recurgerea la consumul de drog este pusă sub semnul întrebării, relativ la aspectul existenţei predispoziţiei la boală sau nu, în prezent este unanim admis faptul că ultima treaptă în uzul cronic de stupefiante este instalarea unor boli somatice şi psihice. Studiile medicale şi psihanalitice, au demonstrat că şi acest stadiu este reversibil social, dacă se restructurează personalitatea (terenul genetic psihologic, chiar dacă în organism rămân sechele traduse prin existenţa de limitări sau deficienţe de funcţie ale unor organe.

Căi şi moduri de admistrare. Doza unică şi nivelele consumului de drog

Pentru ca o substanţă, fie aceasta şi de tip drog, să-şi exercite, respectiv manifeste efectele, este necesar să ajungă în mediul intern al organismului. Pe de altă parte, efectul exercitat, indus, mai ales în cazul drogurilor, este vector rezultant la unui complex de factori.

Astfel, pentru a avea „succes de piaţă" (cerere) drogurile trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- viteză de absorbţie ridicată;
- durată de circulaţie scurtă până la locul de acţiune;
- afinitate, crescută până la aviditate, de a se cupla cu receptorii celulari;
- o largă distribuţie intra- şi inter-organe şi sisteme.

Aceste calităţi pot fi sintetizate în : acţiune promptă, de intensitate ridicată şi la nivele cât mai diferite.

Realizarea dezideratelor care se impun unui drog ideal, din punct de vedere comercial, reprezintă de fapt şi pretenţia consumatorului. Altfel spus, acesta doreşte pentru banii cheltuiţi obţinerea unei "recompense" maxime, dacă acest lucru este posibil. Acesta este însă şi rezultatul relaţiei timp-răspuns, care incubă două aspecte: durata intervalului administrare-instalare-efect, respectiv mărirea perioadei de menţinere a efectului.

Observaţiile intercurente au demonstrat însă că toate aceste calităţi imperios necesare, pentru ca drogul să fie vandabil şi suprasolicitat, pentru efectele care le generează, sunt dependente de o serie de alţi factori precum:

1) Viteza de absorbţie care este condiţionată de tipul şi mărirea suprafeţei de absorbţie: absorbţia prin piele<absorbţia inhalatorie>absorbţia digestivă, iar aceasta din urmă mai redusă sau inexistentă la nivelul stomacului, spre a creşte spre segmentele distale ale tractului digestiv. Maximul se obţine la nivelul intestinului subţire (segmentul duodeno-jejunal).
2) Viteza de absorbţie ca şi durată de circulaţie este dependentă şi de gradul de vascularizaţie al zonei prin care se administrează. Acest fapt explică absorbţia diferenţiată a drogului administrat pe cale parenterală. Administrarea prin injectare pe calea subcutanată este mai mică decât administrarea pe cale intramusculară respectiv mai mică decât administrarea intravenoasă.

La nivelul hipodermului tegumentar, irigaţia sangvină este de 4-6 ori mai redusă, iar spaţiile interstiţiale de 2-3 ori mai mici decât în muşchiul striat. În cazul admistrării intravenoase (i.v), absorbţia drogului (medicamentului) este instantanee iar acţiunea promptă.

În acelaşi timp, uzul şi abuzul de drog a demostrat că administrarea intravenoasă simplă este mai mică decât administrarea "în tăblie". Acest ultim mod de administrare, presupune efectuarea injectării intravenoase a drogului în doi timpi:

- iniţial peste drog se absoarbe în seringă sânge;
- ulterior se administrează conţinutul seringii intravenos.

În funcţie de felul acţiunii drogului (localizată sau generală) starea fizico-chimică a drogului a determinat calea de administrare. Astfel, prezenţa unei granulaţii de diametru mare pentru drog, exclude posibilitatea "prizării nazale" sau a administrării parenterale (injectabile), rămânând

disponibile căile orale şi inhalatorii, prin fumat, suprafaţa alveolară find de 100 m^2. Gradul de hidro- respectiv liposolubilitate al substanţei-drog, a constituit un alt criteriu de decizie asupra stabilirii căii de administrare.

Astfel stupefiantele hidrosolubile pot fi administrate intravenos, în timp ce, cele cu caracter liposolubil pronunţat doar prin injecţii intramusculare profunde.

Acţiunea iritantă digestivă a unui drog sau posibilitatea denaturării acestuia de către complexul pepsină-acid clorhidric, a impus cercetătorilor căutarea sitului pentru administrarea pe alte căi astfel încât consumatorul să nu evite drogul, datorită efectelor adverse nedorite.

Căile principale de administrare folosite de un consumator de droguri sunt:

- oral;
- în injecţii;
- prin inhalare.

Decizia asupra alegerii căii de administrare, funcţie de gradul de satisfacţie oferit de relaţia moment administrare – moment în timp de obţinere a răspunsului, reiese explicit că modul de administrare influenţează tipul şi intensitatea efectelor şi mai puţin durata menţinerii acestora. Intensitatea şi durata efectului constituie alţi parametrii care "hotărăsc soarta" comercială a drogului şi pot fi influenţaţi prin:

- doza de administrare unică, situată la limita superioară cantitativă, care depăşită poate conduce la instalarea stării de intoxicaţie acută;
- natura adaosului din doza unică care din punct de vedere ştiinţific ar trebui ales în funcţie de trei criterii:
  1) să potenţeze dacă este posibil prin acţiune sinergică efectele substanţei-drog;
  2) să nu inducă efecte nedorite majore sau ideal să fie lipsit de alte efecte funcţionale, dacă nu are efecte de potenţare a drogului;
  3) să prelungească acţiunea farmacologică a drogului, prin interferenţă, la diverse nivele la nivelul proceselor farmacocinetice substanţei-drog (etapa invaziei): absorbţie, distribuţie, depozitare.
- etapa evaziei: căile de metabolizare şi modurile de eliminare.

Durata menţinerii efectului este influenţată de gradul de liposolubilitate al substanţei-drog. Studiul urmăririi relaţiei timp-răspuns, mai ales sub aspectul duratei menţinerii efectelor dorite, obţinute prin administrare, este important în practica consumatorului de droguri pentru a evalua "spaţierea uzului" (intervalul de timp între două administrări spre a nu rămâne "descoperit"). Cercetarea relaţiei timp-răspuns, sub aspectul menţionat este "util" prevenirii sindromului de sevraj, la persoana dependentă şi aflată în condiţii de privare de substanţa-drog.

Nivelele consumului de substanţă-drog sunt direcţionate de:

- scopul urmărit;
- contextul social al uzului de stupefiante.

În prezent, în literatura de specialitate sunt definite următoarele nivele de consum: consumul experimental şi consumul reacţional.

Consumul experimental este indus de dorinţa de a "cunoaşte" a subiectului care, în fapt, "tatonează" substanţa, de obicei în situaţii sociale condiţionat-specifice, consumul fiind aleator. Acest status prezintă un risc redus de dependenţă, deşi nu-l exclude.

Consumul reacţional este bazat pe starea psihică de moment a viitorului "consumator", care datorită unor depresii temporare recurge la folosirea drogului ca modalitate de "evadare" din cotidianul problemelor care-l afectează direct (societate, familie, nerealizări personale, sexuale, etc.).

Dependenţa

Dependenţei i se descriu două componente principale: dependenţa fizică şi dependenţa psihică. Dacă dependenţa fizică poate fi stabilită şi studiată pe animale de laborator, dependenţa psihică nu poate fi evidenţiată decât prin observaţii şi investigaţii clinice de specialitate, de către personal specializat. Frecvent, dependenţa devine un tip de manifestare mixt.

Prin dependenţă sau adicţie sunt definite în general toate fenomenele de dependenţă fizică şi psihică induse de medicamentele-drog. Aceasta poate fi definită ca proprietate a substanţelor care acţionează asupra sistemului nervos central (SNC). După ORS, dependenţa în cazul celor care se droghează, exprimă nevoia imperioasă de a lua drogul. Din punct de vedere social, dependenţa se constituie ca o problemă a individului şi a comunităţii din care face parte, deoarece, aceasta exercită un efectect de diminuare asupra valorilor umane individuale (valoarea "consumatorului"), deturnându-l de la îndatoririle sale familiale, sociale, religioase, etc. inducându-i stări confuze de decăderi psihice şi fizice.

Deşi tulburările induse sunt variabile cu tipul drogului consumat, doza unică utilizată, "nivelul organic acumulat", primele semne care apar, indiferent de drog sunt: tulburarea atenţiei, diminuarea concentrării, dereglarea coordonării mobilităţii, apariţia dificultăţilor în aprecierea situaţiei înconjurătoare, lentoare în luarea deciziilor care se impun a fi luate rapid. (cazul conducătorilor auto sau al celor care lucrează în bandă rulantă, strung, etc.).

Într-o etapă ulterioară, depersonalizarea, îmbracă forme mai accentuate manifestate prin instalarea indiferenţei, dezinteresului faţă de muncă, apatiei, modificarea afectivităţii, apariţiei instabilităţii şi nervozităţii nejustificate, care culminează frecvent cu agresivitatea. Uneori, ca în cazul consumului de derivaţi de cannabis primele categorii de simptome alternează cu ultimele.

Degradarea morală umană a toxicomanului, indiferent de drogul utilizat, poate conduce la reacţii antisociale şi la acte de agresivitate, ajungându-se până la crimă.

Etapa finală a evoluţiei vieţii consumatorului de droguri, conduce pe de o parte la somatizarea toxicomaniei (slăbire), iar pe de altă parte la instalarea unor tulburări psihice grave printre care amintim: schizofrenia, psihoza paranoidă sau tendinţa de suicid. Aceste din urmă maladii sunt uneori preexistente momentului uzului de drog iar recurgerea la toxic reprezintă doar un potenţator în manifestarea acestora.

Deşi există autori care consideră că unele droguri, precum frunzele de coca sau cele de katch, prin consum, nu creează dependenţă de tip toxicomanie ci doar o formă simplă de consum, apreciem că acest curent de opinie reprezintă o anticameră a dependenţei.

Prin somatizarea bolii, organismul toxicomanului trece din etapa de adapatare (de rezistenţă-toleranţă) la faza de epuizare şi decompensare, în cursul căreia mecanismele moleculare de adaptare la administrarea cronică de drog cedează şi apar tulburările manifestate ca simptome de boală psihosomatică. Semnele şi simptomele descrise anterior şi sezitate de anturajul apropiat al toxicomanului, pot fi definite ca manifestările sociale ale dependenţei, exteriorizate prin actele

comportamentale ale toxicomanului. În contrast faţă de ideile exprimate mai sus, dependenţa psihică pentru "consumatorul" permanent de droguri se poate defini prin:

- existenţa unei stări de confort optim, creată fie prin evitarea senzaţiilor neplăcute, fie prin generarea unei stări de bine, uneori chiar "de vis" (starea halucinatorie);
- necesitatea repetării administrării dozei în scopul menţinerii "confortului" intern-spiritual (pulsiunea);

Aceste două elemente definesc cel mai adecvat dependenţa psihică şi poate fi probată prin studiul cocainomanilor. Studiile chimice privind cocaina au evidenţiat că drogul nu dezvoltă toleranţă (este absentă sau puţin manifestă), în unele cazuri fiind chiar prezentă sensibilitatea. Neexistând acest risc, autoadministrarea se datoreşte nu necesităţii de a evita simptomele sindromului de abstinenţă, ci dorinţei cocainomanului de a-şi conserva "confortul psihic indus".

⇒ obligativitatea întăririi condiţionării, cu mărirea progresivă a dozelor uzitate, ca urmare a perceperii de către toxicoman a unei "foame de drog" (craving's drog) dar şi al unei frici de deprivare în raport cu drogul.

⇒ dificultatea în menţinerea controlului dozei, care trebuie crescută progresiv în scopul obţinerii unei aceeaşi "recompense spirituale", reduce zona maleabilă, adică diferenţa dintre doza letală (DL_{50}) şi doza hit;

⇒ persistenţa consumului (compulsiune), chiar şi după apariţia unor fenomene sau consecinţe neplăcute legate de supradozare (intoxicaţie pasageră) sau de abstinenţă;

⇒ asumarea de către toxicoman a riscului de a se izola în vederea administrării dozei de drog, în momentul perceperii "ca necesitate" pentru a nu pierde din calitatea "bunăstării spirituale", indiferent de consecinţele sociale (întreruperea sau neglijarea îndeplinirii altor activităţi care se impun a fi rezolvate într-un interval de timp dat), consecinţe indezirabile ocupaţionale şi interpersonale.

G. Şt. Gorun, sintetizând criteriile de diagnostic pentru dependenţa de o substanţă psihoactivă, stabilite de D.S.M. IV, admite că sunt necesare a se îndeplini următoarele condiţii:

A. Cel puţin trei din următoarele:

- substanţa este luată adesea în cantităţi mai mari sau o perioadă de timp mai lungă decât intenţiona subiectul;
- dorinţa persistentă sau unul ori mai multe eforturi nereuşite de a stopa sau de a controla uzul de substanţă;
- o mare cantitate de timp pierdută în activităţi necesare procurării drogului, luării substanţei sau recuperării după uzul ei;
- simptome frecvente de intoxicaţie sau abstinenţă, când se aşteaptă ca persoana respectivă să-şi îndeplinească obligaţiile ce-i revin la serviciu, şcoală, acasă, sau când uzul de substanţă este periculos la nivel corporal;
- reducerea sau abandonarea activităţilor recreaţionale şi profesionale din cauza uzului de substanţă;
- continuarea uzului de substanţă, deşi se ştie că are o problemă socială, psihologică sau somatică, persistentă sau recurentă, care este cauzată ori exacerbată de uzul de substanţă;

- ► toleranţă marcată: necesitatea creşterii cantităţilor de substanţă (cel puţin cu 50%) în scopul de a obţine intoxicaţia sau efectul dorit, ori o diminuare marcată a efectului pe măsura continuării uzului aceleiaşi cantităţi;
- ► simptome specifice de abstinenţă;
- ► substanţa este luată adesea spre a uşura sau evita simptomele de abstinenţă.

B. Unele simptome ale tulburării au persistat timp ce cel puțin o lună sau au survenit în mod repetat în cursul unei perioade mai lungi de timp.

Efectele farmacologice ale drogurilor, ca răspunsuri ale organismului la dozele administrate respectă formula:

$$y = a \cdot x \qquad (1)$$

dar şi cea a răspunsului cuantificat (alternativ).

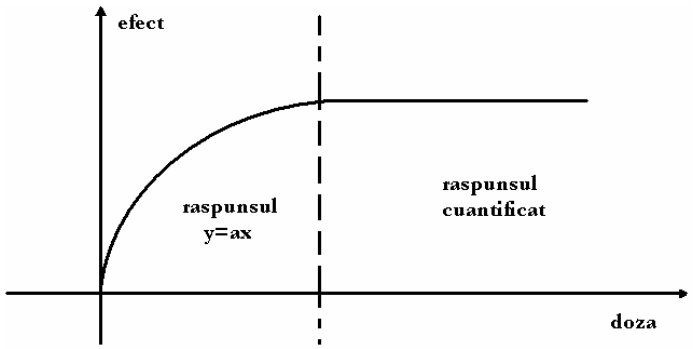


Fig. **Relaţia doză efect în cazul drogurilor care acţionează prin fixare pe receptorii membranari**

În cazul acestui ultim mod de răspuns, creşterea progresivă a dozei este expresia necesităţii de obţinere a maximumului ("totului") în răspuns, nivel obţinut chiar de la autoadministrarea primelor doze şi depăşirea perioadei "dezagreabile", de început.

Depăşirea dozei peste un nivel maxim, nu conduce la răspunsuri suplimentare de recompensă psihică ci la moarte (răspunsul alternativ).

Toleranţa

Administrarea repetată a drogurilor ca şi a unor medicamente conduce la pierderea sau la diminuarea intensităţii efectelor farmacologice, proprietate cunoscută sub denumirea de rezistenţă şi desemnată ca fenomen sub numele de toleranţă.

Toleranţa ca proces este o reacţie de răspuns a organismului la acţiunea agenţilor etiologici chimici (drogul), care în baza teoriei lui H. Selye privind etapele sindromului general de adaptare, poate fi apreciată ca o etapă de apărare şi ca expresie a adaptării la agentul etiologic chimic care tinde să dezechilibreze homeostazia metabolismului celular al organismului.

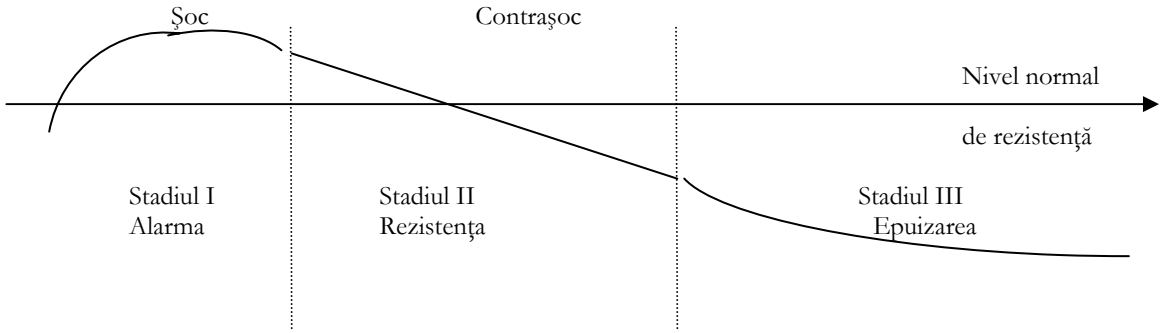
> După H. Selye, **stresul** este o caracteristică a materiei vii, lipsa totală a stresului fiind echivalentă cu moartea. El defineşte stresul la început ca fiind o agresiune, apoi ca o reacţie a subiectului la o agresiune, ultima reprezentând un stresor. Selye a introdus distincţia între stres şi distres (termen din engleza medievală care semnifică necaz, dificultate, situaţie neplăcută) şi a identificat trei stadii în dinamica stresului. Conform concepţiei lui Selye,

tensiunile care produc stresul fac parte din viaţa cotidiană. Stresul caracterizează o reacţie psihologică complexă extrem de intensă şi relativ durabilă a individului confruntat cu noi şi dificile situaţii existenţiale.

În faza de început a cercetărilor sale, H.Selye a fost tentat să definească stresul ca fiind gradul de uzură şi suferinţă a organismului provocat de modul de funcţionare sau de leziuni. Preluând ideile lui Hipocrate care considera că boala nu este numai suferinţă, ci şi uzură, vătămare, efortul pentru a reveni la starea normală, Selye descoperă mecanismele de adaptare a organismului la acţiunea agenţilor stresori identificând astfel reacţiile de apărare ale organismului, şi anume sindromul general de adaptare.

Sindromul general de adaptare (SGA) este caracterizat prin trei stadii[1]:

1) *Reacția de alarmă* ce reprezintă primul răspuns al organismului, mobilizarea generală a forţelor de apărare a organismului. Acest prim stadiu cuprinde două faze: faza de şoc (caracterizată prin hipotensiune, hipotermie, depresie nervoasă etc.), cu vătămarea sistemică (generală) bruscă, urmată apoi de o fază de contraşoc, în care apar fenomenele de apărare (hiperactivitatea cortico-suprarenalelor, involuţia aparatului timico-limfatic etc.).
2) *Stadiul de rezistență* în care sunt activate mecanismele de autoreglare. Cuprinde ansamblul reacţiilor sistemice provocate de o expunere prelungită la stimuli faţă de care organismul a elaborat mijloace de apărare.
3) *Stadiul de epuizare* este foarte asemănător reacţiei de alarmă, când datorită prelungirii acţiunilor agenţilor nocivi, adaptarea organismului cedează.



Graficul 1. **Stadiile sindromului general de adaptare**.

(Sursa: T.Zorlenţan, E.Burduş, G.Căprărescu, *Managementul organizației*, Bucureşti, Ed.Holding Reporter, 1995)

Toleranţei la drog i se descrie existența a o serie de caracteristici dintre care amintim:

- ***electivitatea***, care ca proprietate vizează răspunsul la drog, în sensul că toleranţa nu se manifestă în egală măsură faţă de absolut toate proprietăţile şi efectele drogului, ci poate să fie adresată şi numai unui singur răspuns (de exemplu cel analgezic);
- ***progresivitatea***, care presupune capacitatea toleranţei de a se extinde în timp şi la alte răspunsuri ale organismului la autoadministrarea drogului. Astfel, în cazul opiaidelor, inițial toleranţa este selectivă la efectul analgezic, sedativ şi de depresie respiratorie, pentru ca ulterior să se instaleze şi asupra activităţii musculaturii netede (mioza, constipaţia). În situaţia consumului cronic de heroină, toleranţa inițială vizează euforia şi anxioliza, cu instalarea disforiei, respectiv a anxietăţii;
- ***specificitatea*** exprimată farmacodinamic sub un dublu aspect: toleranţă care are adresabilitate strictă asupra unui anumit drog şi toleranţă faţă de alte droguri înrudite

[1] R. Floru, ***Stresul psihic***, Bucureşti, Ed.Enciclopedică, 1974, p.24.

chimic (toleranţă încrucişată). Acest tip de toleranţă este exemplificat prin toleranţa faţă de morfină (toleranţa propriu-zisă) şi faţă de opioizi (toleranţa încrucişată).

Dacă toleranţa încrucişată se observă la droguri care aparţin unor clase farmacologice, ea este parţială şi se denumeşte toleranţă nespecifică. Astfel, alcoolismul cronic sau morfinomania, impune pentru a obţine un efect hipnotic, uzul unor doze mari de fenobarbital. Mecanismul farmacologic al toleranţei nespecifice se află la nivel enzimatic celular şi se traduce prin modificarea vitezei de reacţie catalitică a unor enzime (autoinducţie enzimatică), fără a exclude însă şi posibilitatea intervenţiei receptorilor membranari aflaţi deja în stare de ocupaţie (cazul asociaţiei morfină-fenobarbital).

► reversibilitatea, ca proprietate a toleranţei, stă la baza efeorturilor de detoxifiere, dar şi la baza explicării reluării consumului de drog, după un interval de timp în care administrarea drogului fusese întreruptă. Această ultimă posibilitate defineşte cel mai exact conţinutul reversibilităţii, în sensul că, la reluarea autoadministrării drogului, viciul începe să se manifeste din nou cu doze-hit mici, care ulterior se vor creşte progresiv.

În plan clinic, al "vieţii" cotidiene a toxicomanului toleranţa se exprimă prin necesitatea creşterii progresive a dozelor de drog administrate, pentru a menţine efectele drogului la nivelul primelor administrări.

Mecanismele apariţiei toleranţei pot viza comportamentul organismului în raport cu:

- farmacodinamica drogului sintetic în care modificările interesează în special receptorii (vezi capitolul de receptori);
- farmacologia substanţei, ce se modifică ca rezultat al variaţiilor de concentraţie ale mesagerului secundar intracelular sau al augmentării metabolismului drogului (toleranţă indusă enzimatic);
- mult mai rar (în special cazul opioizilor), toleranţa este rezultatul unor modificări la nivelul genelor din structurile nervoase care induc dereglări ale modului de exprimare (a fenotipului). În general, în acest proces sunt interesate genele reglatoare şi nu cele responsabile de sinteză. Astfel, în cazul consumatorilor cronici de opiacee, survin modificări ale genelor din nucleul accumbens şi amigdala cerebrală însoţită de creştetrea pragului liniar al "homeostaziei plăcerii". În fapt, creşterea pragului liniar, este structural-anatomic o creştere a numărului receptorilor membranari opioizi care au drept consecinţă:
- creşterea necesităţii de drog care autoadministrează pentru a fi "saturaţi";
- reducerea absorbţiei, care presupune "setarea homeostatusului plăcerii".

Situaţia este sinonimă cu cea întâlnită în reglarea termostatului din starea febrilă, când atât procesul de termogeneză cât şi cel de termoliză sunt normo-funcţionale, dar la alt nivel de reglare (41,2 ^{0}C).

În cazul modificărilor genelor modulatoare din structurile nervoase "de recompensă" menţionate, reglarea plăcerii este constantă la nivele înalte ale relaţiei doză-răspuns (toleranţă farmacodinamică).

Status-ul de "overdose". Intoxicaţia acută

Intoxicaţia acută, indiferent de natura şi calea drogului utilizat conduce la moartea "consumatorului". Fiziopatologic se pot distinge mai multe etape corespunzătoare acestui proces:

- intoxicaţii acute involuntare;
- intoxicaţie acută indusă voluntar.

Intoxicaţia acută involuntară poate apare atât la persoana toxicomană cât şi la cea implicată în producţia industrială sau în transportul ilicit al drogului, de regulă neconsumatoare al unor astfel de substanţe. În cazul acestor persoane, pentru a interveni intoxicaţia acută, este necesară îndeplinirea minimă a următoarelor condiţii:

⇒ să uzeze de propriul corp, spre a transporta "ilicit" drogul (body-pack);

⇒ organul utilizat drept "curier" să fie compatibil structural. Organul cu care "se transportă", în fapt funcţional, este transformat într-un organ de depozit temporar, pentru o durată variabilă cuprinsă între zeci de minute până la 14 zile, funcţie de tipul drogului.

⇒ structura chimică a drogului şi mai ales solubilitatea sa să faciliteze absorbţia acestuia prin celulele mucoasei organului transportor (stomac, intestin, vagin, cavitate nazală);

⇒ să fie depozitat într-o cantitate superioară astfel încât să depăşească doza hit;

⇒ ambalajul de protecţie intracorporală a drogului să nu poată fi digerabil sau/şi să nu se poată rupe (fisura).

Intoxicaţia acută a toxicomanului poate fi expresia:

- autoadministrare în scop suicid;
- autoadministrare în acelaşi scop, la cerere, în cazul euthanasiei asistate (în ţări ca Olanda, Belgia);
- erorilor de calcul pentru doza hit (uzuală), prin depăşirea necesarului atât în cazul primelor administrări, cât şi în cazul toxicomanilor aflaţi în stadiul de toleranţă, situaţie în care valoarea "overdose" este supraapreciată cotei ultimei doze necesare şi utile.
- naturii adaosului din drog uzuală, care poate fi o substanţă activă aflată în sefera deprimării respiratorii, inducerii de tulburări de hemodinamică de natură cardio-vasculară sau hematologică (anemie hemolitică) generatoare de dezechilibru acido-bazic sau de neuropatii cu implicaţii de risc vital. În acest caz acţiunea drogului este sinergică cu cea a adaosului, potenţându-se reciproc şi suprasolicitând funcţional celulele diverselor organe însoţită de epuizarea secundară sau de perturbarea funcţională ireversibilă. (tabel.)

Tabel: **Principalele substanţe-adaos utilizate de către comercianţii-distribuitori de droguri**

Tipul adaosului		Acţiunea funcţională organică indusă
MEDICAMENTE	stricnină	-creşte tonusul centrilor bulbari; stimulează cortexul senzitiv
	scopolamină	manifestări digestive
		manifestări oculare
		manifestări cardio-vasculare
		dereglare a termoreglării prin reprimarea sudoraţiei
	chinină	acţiune toxică protoplasmatică generală cu accent pe fibrele miocardice cu inducere de fibrilaţie ventriculară, stop cardiac

	bicarbonatul de sodiu	alcaloză metabolică
	metachinonă	depresie respiratorie
	acid citric	acidoză metabolică
-praf de curăţare veselă; -detergenţi		-efecte cardio-vasculare -atoxie
Alte droguri active, începând cu cotidiana cafeină		

-mai rar, moartea, etichetată ca manifestare a intoxicaţiei acute poate surveni chiar în condiţiile respectării dozei necesare zilnice sau printr-o administrare de drog. În aceste cazuri este incriminată reacţia de hipersensibilizare de tip anafilactic. Reacţia anafilactică a fost descrisă de către Richet şi aprofundată patogenic, între anii 1902-1903 de către Arthus prin studiile sale experimentale.

Mecanismul acestei sensibilizări poate fi:

- general, produs prin elaborarea de imunoglobuline ε (seagine);

- locale, cu limitare numai la nivelul anumitor organe şi sisteme legate mai ales de poarta de intrare a substanţei antigen, adică a substanţei care generează anafilaxia. Dacă localizarea interesează spre exemplu aparatul respirator, manifestările clinice vor consta în apariţia spasmului bronşic şi a edemului laringian precum şi a mecanismelor inductoare de insuficienţă respiratorie acută şi deces ulterior.

Reacţia anafilactică la drogaţi, care poate lua frecvent forma şocului anafilactic este indusă deasemenea de către adaosul dozei. Deşi aparent o substanţă inertă, adaosul poate fi pentru un teren predispus (atopic), antigen (atopen, inducând formarea de anticorpi-imunoglobuline ε de hipersensibilizare sau G activatoare de complementi) şi declanşarea reacţiei antigen-anticorp.

Tabel: **Clasificarea reacţiilor imune după Gell şi Coombs** (din M. Saragea, D. Pereţianu)

Tip	Încadrarea mecanismului imunogen	Reacţia imunologică		Consecinţe induse în plan clinico-biologic
		Caracteristici	Efecte	
Tip 1	Hipersensibilitate imediată	Antigen-anticorpi IgE, IgG_4	-degranulare a mastocitului; -eliberare de histamină, serotonină, SRSA, etc.	-anafilaxie; -bronhospasm; -stimularea secreţiei de mucus; -stimuli chetomatici pentru enzinofile
Tip 2	Citotoxicitate	Autoanticorpi; Antigen legat de celulă		-liză celulară mediată prin anticorpi

Tip 3	Fenomenul Arthus	Complex antigen-anticorp	Activare a: -macrofagelor; -complementului	Factori chemotactici → C_{5a} şi de ↓ -Polimorfonucleare, Euzinofile Limfocite ↓ inflamaţie interstiţială → enzime proteolitice colagenază ↓ fibroză → fibroblaşti ↓ sinteză alterată de colagen
Tip 4	Hipersensibilitate întârziată	-activarea celulelor mononucleare; -limfocitului T-helper, supresor	Secreţie de limfokine	-activarea macrofagului; -activarea mobilităţii macrofagului; ↓ stimularea, proliferarea şi diferenţierea celulelor epiteliale → fibroză

Dintre substanţele utilizate ca adaos, atopene, amintim:

- de tip inhalant: făina, guma arabică, făina de năut;
- de tip alimentar (ingerate): laptele, lactoza, zahărul pudră, medicamente gen chinină
- un ultim mecanism posibil de instalare al "morţii albe" este cel al intoxicaţiei acute prin supradozarea involuntară de către comerciant a adaosului în hit, dacă acesta este de natură medicamentoasă (stricnină, scopolamină, chinină). În mod normal acesta reprezintă 80-90% din greutatea dozei unice uzual.

Efectele adverse ale chininei sunt (conform Memomed 2003, Edit. Minesan, Bucureşti): greţuri, vome, dureri abdominale, diaree, extrasistole vetriculare, bloc atrio-ventricular, transpiraţii, erupţii, cefalee, nelinişte, confuzie, delir, vedere tulbure, fotofobie, zgomote în urechi.

Sindromul de sevraj

Sindromul de sevraj defineşte dependenţa fizică şi reprezintă expresia chimică a "neinstalării" în organism a efectelor dorite ale drogului. Această absenţă funcţională a acestuia din organismul uman poate fi rezultatul:

1) întreruperii consumului, în mod fortuit, prin imposibilitatea aprovizionării;
2) întreruperii volitive a consumului de către toxicoman şi conlucrării cu personalul autorizat profesional, în scopul dezintoxicării;
3) interacţiunii de tip antagonişti între drog şi alte substanţe medicamentoase administrate toxicomanului pentru alte afecţiuni sau în scop de dezintoxicare, antagonism care conduce la suprimarea "efectelor dorite" ale drogului. Această posibilitate survine în special în cazul uzului de doze unice mari de drog, neutralizate brusc.

Simptomatologia sindromului de sevraj este dependentă de proprietăţile farmacologice ale drogului şi este în general un aspect "în oglindă" al stării din perioada de uz cronic. În general,

manifestarea negativă, de disconfort şi de permanentă anxietate caracteristic sindromului de sevraj este generată atât de absenţa fizică, materială a toxicului-drog, cât şi de neliniştea şi panica nejustificată, indusă de deprimarea existentă.

Tabloul clinic al sevrajului, deşi tolerat cu dificultate, este în general minor, polimorf, caracterizat prin simptome care trădează suferinţa neuronilor din diencefal, bulb sau din regiunile cortexului cerebral, responsabile de comportament:

1) tulburări neuro-vegetative: cefalee, transpiraţii, piloerecţie, palpitaţii, căscat, prurit, polipnee, hipertensiune arterială, stare subfebrilă-febrilă;
2) simptomatologie neuro-psihică: disforie, anxietate, impulsivitate, depresie, etc;
3) manifestări neuro-musculare şi articulare: mialgii, artralgii, fasciculaţii musculare, mioclonii;
4) simptome din sfera digestivă: greaţă, vomă, diaree, durere abdominală, frecvent cu aspect colicativ.

Simptomatologia variabilă cu natura drogului, absent în organism, îmbracă uneori forme mai severe de boală precum instalarea de:

1) deshidratări hiperazotemie moderată, dezechilibru acido-bazic, colaps. În aceste forme de sevraj, amploarea simptomatologie clinice descrisă pentru stadiile uşoare, se corelează cu gradul de deshidratare şi cu stadiul de compensare sau decompensări a tulburărilor de echilibru acido-bazic.

Tabel: **Gradele clinice ale stării de deshidratare**

Gradul deshidratării	**Simptome neuropsoihice**	**Cantitatea aproximativă de apă pierdută în**	
		litri	**%**
- uşoară	somnolenţă	3-4	2-6
- gravă	comă	6-10	peste 10
- foarte gravă	exitus	peste 20	30-40

Tabel: Variaţia principalelor parametrii în acidozele metabolice şi respiratorii compensate şi decompensate

Prametrul cercetat	**Valori normale**	**Acidoză respiratorie**		**Acidoză metabolică**	
		compensată	**decompensată**	**compensată**	**decompensată**
pH	7,40	7,30	7,10	7,32	7,10
bicarbonatul plasmatic	27 mEq/l	15	15	38	27
acid carbonic	1,35 mEq/l	1,35	2,7	2,7	2,7
Raportul Bicarbonat/acid carbonic	20/1	20/1	12/1	14/1	10/1
Presiune parţială a CO_2	40 mmHg	40	25	90	90

Tabel: **Caracteristicile biologice ale diverselor tipuri de alcaloză**

Parametrii determinaţi	Valori normale	Alcaloză metabolică		Alcaloză respiratorie	
		compensată	decompensată	compensată	decompensată
pH	7,40	7,45	7,57	7,50	7,70
bicarbonatul plasmatic	27 mEq/l	34	38	normal/redus sub 20	27
acid carbonic	1,35 mEq/l	1,5	1,35	0,6	0,6
Raportul: [bicarbonat]/[acid carbonic]	20/1	25/1	30/1	33/1	45/1
presiune parţială a CO_2	40 mmHg	48	40	20	20

Prezenţa deshidratării prin necorectare terapeutică, în timp util, are ca rezultat accentuarea în special a simptomatologiei digestive, dar şi a celorlalte simptome prezentate anterior:

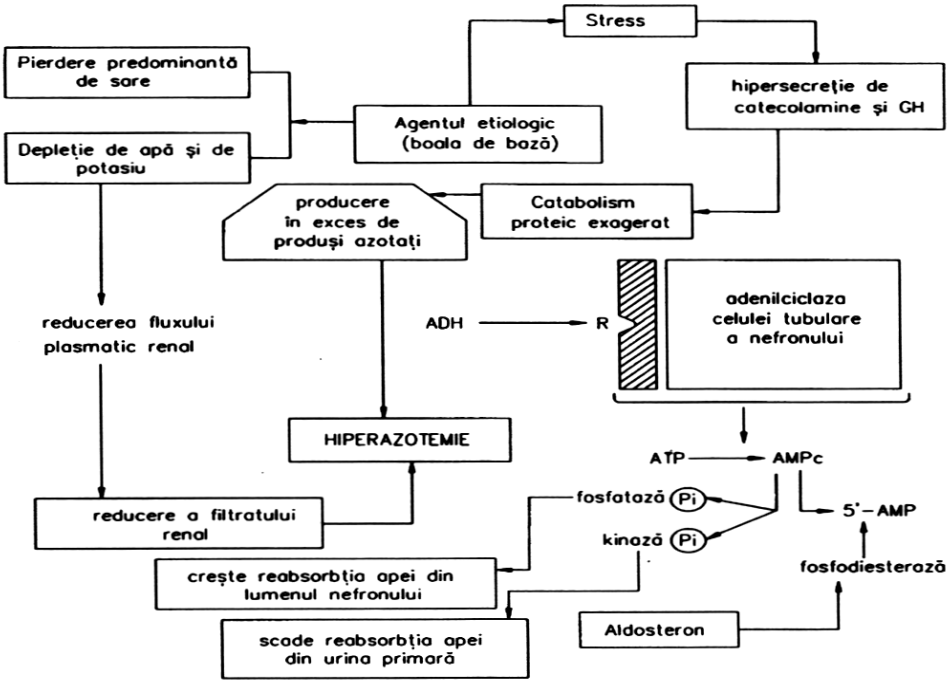


Fig. **Mecanismul hiperazotemiei în stările de deshidratare**

În 5% din cazurile de sevraj, există posibilitatea instalării sindromului de "delirium tremens", care asociază simptomatologiei precedente, simptome halucinatorii, psihotice sau de tendinţă de suicid.

Cura de dezobişnuire

Cura de dezobişnuire se aplică în deplină cunoştiinţă de cauză şi în cooperare cu toxicomanul. Cura de dezobişnuire, după cum vom vedea şi în ecţiunea de psihiatrie, presupune parcurgerea

următoarelor etape: izolarea şi supravegherea calificată, evaluarea stării de suferinţă organică a toxicomanului, selectarea metodei de dezintoxicare (rapidă sau lentă) şi a celei de substituire, precum şi evaluarea oportunităţii utilizării terapiei adiţional-facilitatoare pentru a uşura suferinţa indusă de dezobişnuire.

Condiţia primordială a reuşitei dezobişnuinţei este izolarea liber consfinţită a toxicomanului însoţită de supravegherea acestuia cel puţin un trimestru.

Izolarea ca necesitate este impusă de:

- împiedicarea bolnavului să ia contact cu situaţiisimilare celor care l-au "împins" către consumul de droguri;
- îngreunarea accesului pentru a-şi procura drogul. Posibilitatea procurării pe căi "oculate", clandestine a stupefiantului şi în condiţii de izolare, cu inducerea în eroare a personalului medical reprezintă o certitudine, uşor depistabilă prin testările periodice urinare biochimice (calitative sau cantitative) de drog sau de metaboliţi ai acestuia;
- simptomatologia polimorfă a suspendării uzului de droguri, uneori extrem de riscantă pentru viaţa toxicomanului (apariţia accidentelor acute);
- dorinţa de a oferi toxicomanului aflat în cura de dezobişnuire, o perioadă cât mai lungă de timp, în care acesta "să uite de trebuinţă", timp în care organismul, ajutat medicamentos, face eforturi spre a reveni la starea homeostazică normală, anterioară iniţierii în consumul de stupefiante.

În stabilirea condiţiei de aplicat de către personalul policalificat, instruit pentru o astfel de acţiune, un rol important o au:

1) natura drogului utilizat; astfel, cocaina, derivaţii de cannabis, marijuana, cath--ul impun obţinerea dezobişnuinţei prin metode rapide, bruşte, în timp ce consumul cronic al opiaceelor, mai ales dacă a fost unul de lungă durată, solicită adoptarea unei metode de detoxifiere de durată mai îndelungată. Alteori, ca în cazul dezobişnuinţei de uzul solvenţilor volatili (unde dependenţa fizică este redusă sau absentă) perioada de spitalizare şi izolare poate fi redusă şi incubă în special măsuri psihoterapeutice direcţionat asupra conştientizării riscului de apariţii a complicaţiilor organice urmate de moarte (instalarea aritmiilor grave, a edemului pulmonar acut, instalarea unei toxicităţi asupra măduvei osoase hematoprotectoare etc.). Natura drogului care urmează a fi scos din uzul pacientului prin intermediul curei de dezobişnuire, acţionează de regulă prin efectele farmacologice pe care toxicul le inducea în organism şi care "prin deprivare de toxic este lipsit de efecte".
2) timpul de înjumătăţire a substanţei-drog;
3) ultima doză "uzuală";
4) vechimea consumului de droguri;
5) bolile somatice prezente la toxicomanul care urmează a fi supus curei de dezobişnuire.
6) numărul curelor de dezintoxicare urmate, respectiv de succesul acestora.

Perioada de izolare, după scopul urmărit, poate fi subdivizată în:

a) intervalul de timp destinat exclusiv terapiei pentru dezobişnuire (practic a sindromului de sevraj);

b) perioada de convalescenţă, de post-cură, în care predominantă este preocuparea de reabilitare psiho-socio-profesională, efectuată în speranţa unei "restitutio ad integrum". În cazul drogurilor care prin dezobişnuinţă nu generează accidente acute (cannabis-ul, marijuana, haşiş-ul, katch-ul) sau care induc în mod excepţional stfel de efecte (cazul cocainei), perioada de izolare poate fi diminuată, dar nu înainte ca psihiatrul sau psihologul să fi concluzionat un diagnostic favorabil privind fostul toxicoman în sensul stabilirii unui echilibru psihic al acestuia.

Opţiunea asupra metodei de dezobişnuire şi asupra celei de substituire este influenţată dincolo de incidenţa şi gravitatea simptomatologiei sindromului de sevraj, de gradul suferinţelor ale toxicomanului. Astfel, substituirea poate fi realizată prin:

a) somnoterapie şi hipnoză însoţită de inducerea unei cure prelungite de somn şi utilizarea unor substanţe medicamentoase psihoactive (hipnotice, sedative, tranchilizante, antidepresive, etc.);

b) electroterapie concretizată prin aplicarea de şocuri electrice timp de 5 – 7 zile. Se foloseşte aşa-numita terapie a şocurilor electrice de aversiune asupra braţului cu care toxicomanul obişnuia să fumeze;

c) folosirea substituenţilor drogului, care reprezintă substanţe farmacologic activ asemănătoare ca efecte cu drogul, dar la o intensitate minimă. Cazul morfinei şi malaxon-ului pentru morfinomani, a prescrierii labatox-ului, nicoprive-ului sau a ţigărilor fără tutun în cazul tabagismului cronic, pentru substituirea efectelor nicotinei la nivelul SNC (sistemul nervos central);

d) utilizarea medicamentelor care facilitează dezobişnuinţa prin suprimarea unor efecte farmacologice, dominante, induse de drog. Demonstrativ în acest sens este prescrierea methylsergidului (antagonist al serotoniei) pentru consumatorii de amfetamine sau a propanololului (1 tbl. = 10 mg, respectiv 40 mg) în cura de dezobişnuire a consumatorilor cronici de opiacee (opioide), unde medicamentul suprimă starea de euforie indusă de substanţa-drog şi facilitează suportabilitatea dezobişnuinţei morfinomanului;

e) substituirea unui drog cu alt drog, mai puţin riscant din punct de vedere medical, constituie o altă modalitate de abordat în cura de dezobişnuire. Astfel, antidotul beţiei induse de uzul cannabis-ului este prescrierea ingestiei de alcool. Majoritatea experţilor în problema drogului, admit însă că nu există droguri uşoare şi puternice, ci doar o singură categorie: droguri care distrug personalitatea individului (iniţial psihic, apoi fizic), prin durata consumului în timp şi prin doza uzitată. Altfel spus drogurile au intensităţi diferite de agresivitate condiţionate de factorii timp şi doză.

f) cura de dezgustare, ca modalitate de dezobişnuinţă a toxicomanului, se bazează pe inducerea efectului dezagreabil de către anumite medicamente atunci când în organism apare o interferenţă între acestea şi substanţa-drog (cazul asociaţiei disulfiram – consum de alcool sau nicotină), care sperie bolnavul "cu voinţă" şi-l obligă să renunţe la drog, dar să urmeze regulat prescripţia medicamentului inductor de discomfort şi reacţie dezagreabilă la contactul cu toxicul. Cura de dezgustare este utilizată şi în cazul tabagismului cronic prin modificări ale gustului tutunului prin prescrierea de Pastaba;

g) alteori, însuşi drogul vizat medical pentru dezobişnunţă este utilizat, în acest caz modificându-se fie ritmul şi doza de prescriere, la fel ca în cazul dezalcolizării cu sevraj sever, prin ingestia de doze progresiv descrescânde, spaţiate la intervale mari, fie modul de prescriere. Acest ultim mod de dezobişnuinţă este aplicat tabagismului cronic prin

utilizarea path-urilor cu nicotină (Tabazur şi Nicotinell TTS) sau a gumei de mestecat cu nicotină.

Alte metode utilizate în cursul curei de dezobişnuire, mai ales pentru drogurile etichetate ca uşoare, a celor de tip medicamentos sau a tabagismului sunt: homeoterapia, acupunctura sau auriculoterapia.

Clasificarea drogurilor

În paralel cu aprofundarea cunoştinţelor farmacologice despre droguri şi cu creşterea tot mai mare a interesului pentru combaterea consumului acestora de către un segment tot mai mare de populaţie, în scopul obţinerii unei viziuni – globale asupra cestor tipuri de substanţe chimice care pot induce dependenţă (toxicomani), s-a simţit nevoia realizării unor clasificări a substanţelor de tip stupefiante. criteriile de sortare a acestora au fost dintre cele mai variate:

a) după origine şi/sau mod de fabricare;

b) după forma de prezentare în momentul "comercializării" (starea de agregare fizico-chimică);

c) după modul de utilizare sau cel de acţiune;

d) criteriul medical care corelează efectele farmacologice cu unele elemente de farmacocinetică (distribuţia în organism, perioada de metabolizare şi eliminare a substanţei drog);

e) în funcţie de criteriul legislativ care are la bază stabilirea gradului de risc;

f) în funcţie de cadrul legislativ internaţional care stipulează efectul farmacologic general al drogului în cauză;

g) potenţialul de creere a dependenţei.

Redăm în continuare clasificarea sintetizată de G. Şt. Gorun în monografia sa despre toxicomani, pentru ca apoi să oferim o clasificare proprie pe baza criteriului farmacodinamic dezvoltat de drog.

1) Clasificarea substanţelor psihotice după G. Şt. Gorun – "Paradisuri artificiale":

Substanţele psihoactive pot aparţine uneia dintre următoarele clase, funcţie de:

A. origine – vegetală: opiu, cannabis, coca, mescalina, psilocibina

-sinteză/semisinteză: marea lor majoritate;

B. forma de agrgare: gaz, aerosoli, lichide, solide;

C. domeniu de utilizare: produse ilegale, industriale, medicale (galenice sau tipizate);

Este de remarcat oscilaţia unor substanţe între medicament şi drog: cocaina phenzlciclidina, LSD; ca şi drogarea cu medicamente unanim admise, fie prin depăşirea dozei, fie prin asocieri medicamentoase, fie prin folosire necorespunzătoare;

D. acţiune (Jean Delaz a fost printre primii ce au impus drept criteriu de clasificare efectele substanţei):

-psihodisleptice: **euforice** (opioide, cocaina), **inebriante** (alcool, solvenţi, benzen, combustibili), **halucinogene** (LSD, phencyclidina, ketamina, GHB);

-psihoanaleptice: **excitante, psihotone**: timoleptice (IMAO, ADT), amfetamine, metilendioximetamfetamina;

- psiholeptice: **hipnotice** (barbiturice), **tranchilizante**;

E. din punct de vedere medical: cu sau fără potenţial de creare a dependenţei psihice, fizice sau a toleranţei;

F. din punct de vedere legislativ: grad major de risc (cocaina, heroina) – substanţe psihotrope cu un potenţial dependogen deosebit de puternic şi proprietăţi terapeutice absente sau îndoielnice; de risc mediu (marijuana, unele medicamente) – cu propietăţi terapeutice scăzute, medicamente larg utilizate (efedrina, ergotamina, barbiturice) – conform Listei substanţelor psihotrope puse sub control internaţional;

G. potenţialul de creare a dependenţei: mare (majoritatea), redus (ADT, IMAO);

H. clasificarea Dreptului Internaţional: stupefiante (substanţele ce figurează în tabelul I şi II al Convenţiei din 1961) şi substanţe psihotrope (figurează în tabele I, II, II, şi IV).

2) Clasificarea drogurilor după efectul farmacodinamic principal propus de autorii prezentei monografii (vezi tabel):

Anexa 1

I) Alcalozii din grupa OPIU

a) Derivaţii naturali de FENANTREN

b) Derivaţi de BENZILIZOCHINOLINĂ

-PAPAVERINĂ (0.5-1%)

-NOSCAPINĂ (NARCOTONĂ) (5-6%)

-NARCEINĂ (0.3%)

-TAUDANOSINA

II) Derivaţii semisintetici şi sintetici ai MORFINEI

a) Derivaţi FENANTRENICI

b) Grupa PETIDINEI

c) Grupa METADONEI

-METADONĂ

-DEXTEOMORAMIDĂ (PILARAMIDOL, IETRIUM)

-NORMETADONA (TICARDA)

-DIPIPANONA (PIPADONE)

-PROPOXIFEN (DARVON, DALAXONE)

-PIRITRAMIDA (DIPIDOLOR, PIRIDOLAN)

d) Grupa BENZOFORTRALULUI

-FENAZACINĂ (NARPHEN, PRINADOL)

-PENTAZACINĂ (FORTRAL, TALAXIN)

Anexa 2

Din categoria **EXCITANTELOR** se disting:

I) AMFETAMINELE

a) de trezire:

-BENZEDRINELE

-DESEXIN-UL

-METHREDEN-UL

-PRELUDIN (PHENDIMETROZINE)

-TENNATE (DIETILPROPIONUL)

-RITALINUL (METHILFENIDAT)

b) anorexice:

-FENTERAMINA

II) METAMFETAMINA

III) 4-METHOXIAMFETAMINA (PARAMETOXIAMFETAMINA sau PMA)

IV) METHYLEN-DIOXI-METAMFETAMINA (MDMA)-("Extasy", "Adam", "Eve")

V) CAFEINA (din arborele de cafea şi din unele specii de cacao şi ceai)

VI) CATINA şi CATINANA (Katch-ul)

VII) Inhibitori de MONOAMINOOXIDAZĂ (IMAO)

-IZOCARBAZIDA

-TRANILCIPRAMINA

-TRANSAMINA

-FENELZINA

VIII) Antidepresivele triciclice (TIMOLEPTICELE)

a) ***DIBENZOAZEPINE***

-IMIPRAMINA (ANDIDEPRIN)

-DESIPRAMINA (NORPRAMIN)

-OPIPRAMOL (ISIDON)

-CLOMIPRAMINA (ANAFRANIL)

-MEPRIMINA (SAPILENT)

b) ***DIBENZOCICLOHEPTENE***

-AMITRIPTILINA (ADEPRIL, TEPERIN)

-NORTRIPTILINA (NORBILEN)

-PROTRIPTILINA (CONCORDIN, RIVACTIL)

-NOXITRIPTILINA (AGEDAL)

c) ***PROZACUL (FLUAXETIN)***

d) ***Derivaţi de ALPRAZOLAN***

-XANAX

-FRONTIN

e) ***Alţi derivaţi triciclici***

-DOXEPIN (SINEQUAN)

DIBENZEPIN (NOREXIL)

IX) GAMMA-HIDROXI-BUTIRATELE

3) Clasificarea drogurilor după principalele surse vegetale (droguri inductoare de toxicomanie):

Efecte asupra "consumatorului"	**Sursa vegetală**	**Denumirea drogului brut**	**Principiile active conţinute/ "Denumirea comercială"**
Droguri inductoare de TOXICOMANIE	Papaver somniferum album (Macul alb)	**OPIU**	-conţine 42 alcaloizi: paveron, pantopon -alcaloizii principali puri – morfina cu derivaţii: a) codeina b) diacetil-morfina (heroina) -tebaină -narceină -narcotină
	Cannabis sativa (Cânepa)	**CANNABIS**	-izomerul δ 1,2-trans-trans al tetrahidroxiocannabinbinolului (conţinut în haşiş)
	Absintul	**ABSINTUL**	-thyjonă
	Erztroxylon coca	**COCAINA**	-clorhidratul de cocaină
	Kath-ul	**CATH-UL**	-prezintă 3 alcaloizi: -cathinina -cathidina -cathina

Droguri PSIHODISLEPTICE	CATUSURI: -opuntia cylindrica -peyoth -echinocactus Williamsii	**MESCALINA**	-clorhidrat de mescalină – 5%
	MIMOZACEEELE	**CAHOBA**	-alcaloidul bufotenina
	VARIETĂŢI DE LIANE	**HARMINA**	-yagé
	IBOGA		-ibogaina
	IPOMEA TRICOLOR (OLOLIUQUI)		-5 alcaloizi de acid lisergic
	CIUPERCILE HALUCINOGENE (11 specii psiholocybe + 5 specii de strofaria)		-alcaloidul psilocybină înrudit cu acidul lisergic
	SECARA CORNUTĂ (ERBOTUM)		-12 alcaloizi înrudiţi chimici cu acidul lisergic

Fig. **Cultură de Cannabis în Estul Indiei**

Fig. **Datura stramodium**

Fig. **Papaver somniferum**

Fig. **Nicotiana tabacum**

Fig. Precursor MDMA ("Extasy", "Adam", "Eve")

Tabel: **Clasificarea DROGURILOR după acţiunea farmacodinamică**

Nr. Crt.	CLASA farmacodinamică a drogului	SUBCLASA	Exemple de DROGURI pe subclase	Consideraţii farmacotoxice
I.	**EUFORICELE**	Opiaceele şi opioizii	**VEZI ANEXA (1)**	-acţionează la nivelul talamusului şi scoarţei cerebrale; -înlătură durerea şi modifică reacţia la durere, ceea ce determină o stare de euforie caracterizată prin senzaţii de bine, cu favorizarea proceselor psihice cognitive; -datorită afinităţii pentru receptorii μ, prin repetarea administrării apare fenomenul de toleranţă şi dependenţă.
II.	**INEBRIANTELE (INHALANTELE)**	**1.** Solvenţi volatili, lacuri, cleiuri, tinnere;	tricloretan	
			tricloretilena	
			diclormetan	
			toluen	
			benzen	
			N-hexan	
			metil-butili	
			eteri	
			cetone	
		2. Combustibili	gazolina	
		3. Aerosoli	spray-uri de tip fluorocarbonic	
		4. Gaze	halotan	-**halotanul**: anestezic general; în cazul supradozării anesteziilor generale sunt deprimaţi centrii bulbari (respirator, vaso-motor) cu oprirea respiraţiei şi colaps;
			cloroform	
			nitriţi-anili	
			nitriţi-butil	
			alcooli	
			monoxidul de carbon	
			dietil-amina- ac. lisergic (LSD)	
			psilocibina	
			dimetiltriptamina	
			4-bromo-2,5-dimetoxi-fenetilamina (**Nexus**)	

III.	**HALUCINOGENE (PSIHODISLEPTICE)**		3,4,5-trimetoxi-fenetil-amina	-**produc tulburări ale activităţii mentale** confirmate de manifestări psihopatologice caracteristice.
			cannabis (**Haşiş**) alcaloidul din Datura ("**Morning Glory**")	
			fenilalanina	
			dimetiltriptamina (**DMT**) şi triptofanul	
			fenciclidena (**PCP**)	
			nuca de Bettel (**Nuca de Araca**)	
			ketamina ("**Cat-Valium**" şi "**Special K**")	
IV.	**NICOTINA**		cafeină (**Arborele de Cafea**)	-substanţele nicotinice au afinitate pentru receptorii N-colinergici
V.	**EXCITANTELE (PSIHOANALEPTICELE)**	**1.** antidepresive	**VEZI ANEXA (2)**	-la doze mari aminele triciclice produc psihoză delirantă.
		2. psihotice		
		3. timoleptice		
		4. neurostimulante		
VI.	**PSIHOLEPTICE (DEPRIMANTELE)**	**1.** tranchilizante şi anxiolitice	derivaţi de difenil-metan	-**barbiturice:** inroxicaţia acută se produce de obicei prin supradozarea voluntară, cu scop suicid sau toxicomanie; moartea se produce prin paralizia centrului respirator.
			derivaţi de alcooli	
			benzodiazepinele (de tip **Azepam**)	
		2. hipnoticele (barbiturice)	-**de inducere a somnului**	delvenal
				ciclobarbital (phanodorm)
				amobarbitalul
			-**de menţinere a somnului**	barbitalul (**Veronal**)
				barbital sodic (**Medinal**)
		3. clorhidratul		
		4. Medic. antipsihotice (neurileptice)	-**derivaţi tioxantenici**	clorprotixen
				flupentixol
			-**derivaţi de fenotiazină**	-cu catenă laterală piperidinică
				-cu catenă laterală piperazinică
				-cu catenă laterală aminoalchilică (vezi formulele din cap.)
			-**derivaţi de butirfenonă**	**Haloperidol**
				fluorobutirfenone

			-**derivaţii benzochinolizină şi de indol**	**Forit**
		5. Medicaţia antiparkinson	-**anticolinergică**	trihexilfenidil
				alcaloizii din belladona
			-**derivaţi dopaminergici**	OPA
			-**derivaţi de fenotiazină**	profenamina (clorhidrat de etapropazină) - **Depakine**
VII	**STEROIZI ANABOLIZANŢI**		-testosteronul -derivaţi de testosteron	

Elemente de farmacocinetică generală pentru substanţele tip drog în organismele biologice

Pentru înţelegea proceselor prin care substanţa tip drog este asimilată de către organism trebuie clarificate estapele farmacocinetice de pătrundere a acesteia în sistemul biologic activ.

Astfel, de la locul de administrare, cele mai multe substanţe (stupefiante, medicamente de uz medical) sunt absorbite în sânge, care reprezintă mijlocul principal de transport, unele acţionând localizat, în imediata vecinătate a zonei de intrare, altele, suferind procese de metabolizare la nivel sangvin, sub influenţa unor elemente caracteristice.

Din mediul sangvin multe dintre substanţele tip drog sunt eliminate în mediul extern, fără a difuza în spaţiul intra- sau intercelular. Cel mai întâlnit fenomen îl reprezintă difuzia stupefiantelor în ţesuturi, cu acţiune mai mult sau mai puţin electivă, la acest nivel fiind posibilă metabolizarea sau reducerea stocării de substanţă consumată (administrată).

Din sânge drogurile pot trece în ţesuturi, fără a exercita însă, la nivelul respectiv, nici o acţiune farmacodinamică. Faţă de cele exprimate mai sus se diferenţiază trei teritorii principale de proces: locul de acţiune, de metabolizare şi de stocare care în relaţie directă cu mediul sangvin realizează o circulaţie a substanţelor tip drog în dublu sens.

O ultimă etapă a fluxului de drog, o reprezintă eliminarea, proces însoţit de multiple implicaţii farmacodinamice.

Un alt aspect important vis-a-vis de circulaţia drogurilor în sistemele biologice, în particular organismul uman, îl reprezintă noţiunea de biodisponibilitate sau disponibilitatea fiziologică a substanţei active considerate. Aceasta se traduce prin realizarea unor adjuvanţi chimici care să "îmbrace" principiul activ (soluţii injectabile, comprimate, capsule, etc.) în scopul obţinerii efectului de eliberare treptată în mediul de acţiune.

Dintre factorii care influenţează biodisponibilitatea amintim:

1) factori dependenţi de proprietăţile fizico-chimice ale principiului activ
    - structura chimică: ester, eter, sare, complex ionic, etc.;
    - mărimea particulelor;
    - stare cristalină, amorfă sau polimorfism.

2) factori dependenţi de proprietăţile fizico-chimice ale adjuvanţilor, natura şi cantitatea lor:

- diluanţi;
- lianţi;
- lubrifianţi;
- dezagreganţi;
- muianţi.

3) factori dependenţi de procesul de fabricare:

- granulare;
- comprimare.

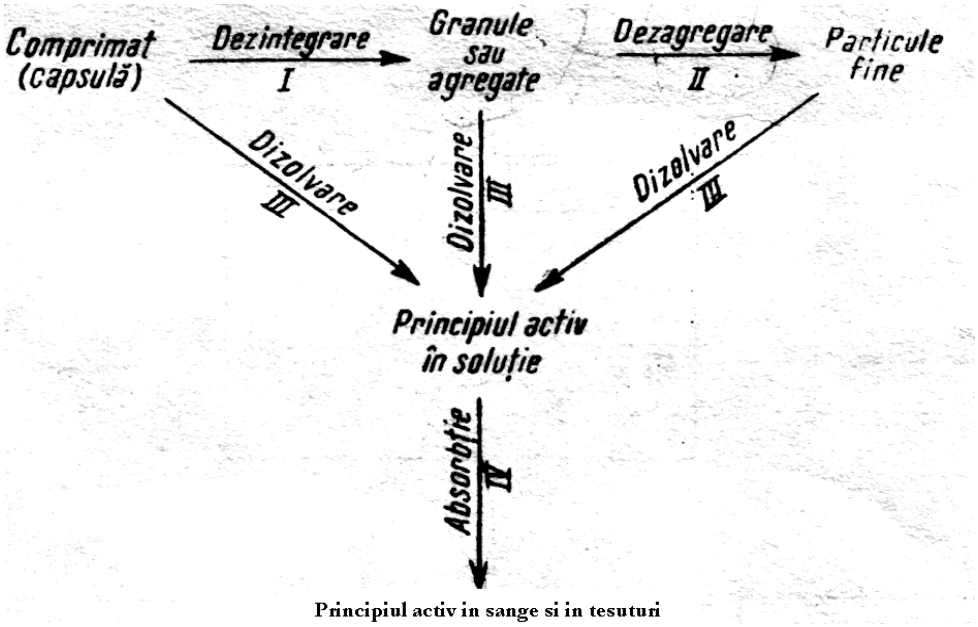


Fig. Etapele **eliberării unui principiu activ încorporat într-un comprimat** (după Wagner)

Evaluarea biodisponibilităţii se realizează prin administrarea principiului activ sub diverse forme, în funcţie de factorii enumeraţi anterior:

1) în soluţie pe cale orală;

2) pulverizat sau în capsule;

3) în combinaţii cu adjuvanţi în capsule;

4) granule sau comprimate ce conţin principiul activ şi adjuvantul chimic.

% biodisponibilitate = [suprafaţa determinată de de curba concentraţiei sangvine pentru forma galenică testată]/[suprafaţa pentru forma galenică cu absorbţia cea mai rapidă] × 100

Reprezentarea modului de acţiune al substanţelor tip drog implică şi studiul trecerii acestora prin membranele biologice (celulare) [vezi capitolul cu permeabilitatea membranară neuronală], fenomen ce intervine în toate etapele farmacocineticii.

Membranele biologice reprezintă un mozaic de complexe lipo-proteice, subţiri, semipermeabile, care datorită structurii biochimice controlează selectiv accesul la şi de la organe.

Astfel un drog cu acţiune la nivelul SNC, administrat oral, ajunge în sânge trecând prin epiteliul gastrointestinal şi traversând barierea hematoencefalică, ajunge în mediul interstiţial, apoi prin membrana celulelor cerebrale, în interiorul acestora. Ulterior are loc circuitul invers, către organele aparatului excretor generând declanşarea procesului de eliminare.

Factorii care intervin în potenţarea circulaţiei substanţelor tip drog prin membranele celulare sunt:

1) prezenţa în structura membranară a lipidelor, porilor, canalelor ionice şi a unor sisteme speciale de transport;

2) constanta de ionizare determinată de gradul de lipo- şi hidrosolubilitate;

3) pH-ul mediu pe cele două feţe ale stratului bilipidic membranar;

4) procesul de legare al drogurilor de membranele proteice (sangvine sau intercelulare).

Trecerea substanţelor chimice prin membrane se face fie printr-un transfer activ (difuziune simplă sau filtrare), fie printr-un transfer specializat în care intervin sisteme speciale de transport (purtător sau cărăuş), membrana celulară având un rol activ. Principalele tipuri de transfer specializat sunt:

1) formarea unui complex substanţă-purtător ce defineşte transportul activ, caracterizat de: gradientul de concentraţie, saturarea mecanismului de purtător, existenţa unei competiţii între principiile active cu structuri chimice asemănătoare şi în fine de integritatea mecanismelor celulare responsabile cu producerea de energie;

2) difuziunea uşurată;

3) difuziunea de schimb.

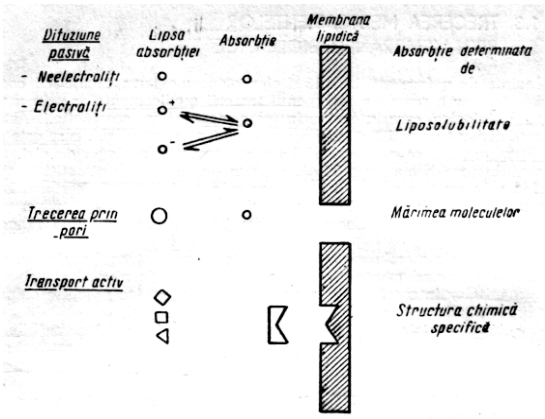


Fig. **Factorii care intervin în trecerea medicamentelor prin membranele biologice** (după Long)

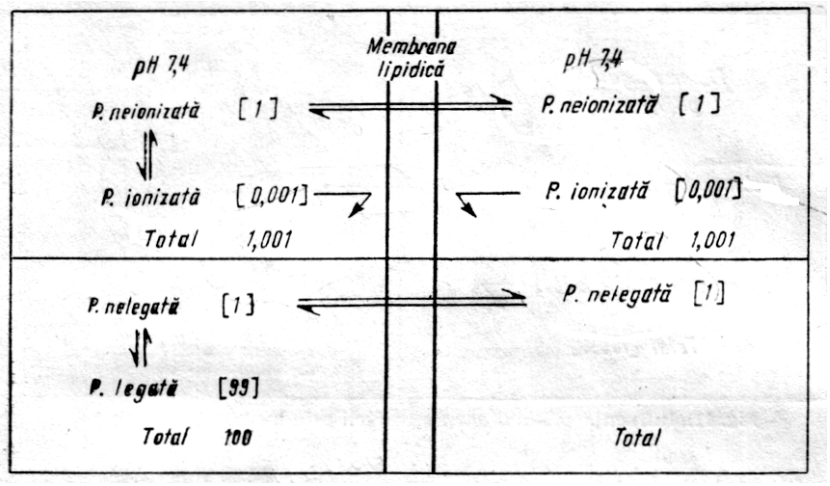


Fig. **Trecerea medicamentelor prin membrane** (după Long)

Un alt fenomen important legat de dinamica drogurilor în organism îl reprezintă procesul de absorbţie, adică de pătrundere a substanţelor utilizate de "consumator" în mediul intern al organismului, fie prin căi naturale, fie artificiale.

În general viteza de absorbţie depinde pe de o parte de solubilizarea substanţelor în lichidele organismului, la locul administrării şi pe de altă parte de trecerea prin membrane. Acest proces este influenţat de structura chimică a principiului activ aconsiderat (dimensiunea particulelor solide, proprietăţi fizico-chimice, forma de administrare sau concentraţie), fie de organism.

Mecanismul de solubilizare al drogurilor depinde de suprafaţa particulelor care-l compun, în stare solidă, şi de concentraţia de principiu activ, fapt care se traduce printr-o relaţie între suprafaţă şi viteza de solubilizare (ecuaţia Noyes şi Whitney):

$$\frac{d_s}{d_t} = K \times S(C_S - C) \qquad (1)$$

unde: $\frac{d_s}{d_t}$ este viteza solubilizării (cantitatea dizolvată în unitatea de timp);

K -constanta vitezei de solubilizare;

S -suprafaţa expusă mediului;

C_S -concentraţia substanţei în soluţie saturată;

C -concentraţia în mediu la timpul t .

Relaţia dintre suprafaţa şi diametrul particulelor, pentru o greutate dată a substanţei cu particule sferice este:

$$S = \frac{3w}{rd} \qquad (2)$$

unde: S -este suprafaţa;

w -greutatea;

d -densitatea substanţei;

r -raza particulelor.

Factorii dependenţi de organism sunt reprezentaţi de calea de administrare (ex. calea inhalatorie, subcutanată şi parenterală) precum şi de factori fiziologici sau patologici. Alegerea căilor pentru absorbţie, legate de administrarea principiilor active proprii drogurilor, trebuie să aibă în vedere mai multe considerente:

1) locul de acţiune urmărit;

2) proprietăţile fizico-chimice ale substanţei administrate;

3) starea de sănătate a "consumatorului";

4) viteza instalării efectelor "urmărite";

5) însuşirile fizico-chimice.

Absorbţia substanţelor tip drog, după administrarea parenterală (calea injectabilă: intramusculară [i.m.], intravenos [i.v.], şi mai rar intraarterial [i.a.]) presupune folosirea acestora sub o formă de soluţie sau suspensie. Astfel, dispuse la nivelul ţesuturilor se absorb în totalitate, într-un timp variabil, deoarece se evită contactul principiului activ considerat cu sucul gastric, ceea ce implică o metabolizare imediată la nivelul ficatului.

Administrarea parenterală se împarte în patru categorii:

1) calea subcutanată, atunci când se urmăreşte absorbţia lentă a drogurilor administrate;

2) calea intramusculară este proprie unei absorbţii mult mai rapide a drogului, decât în cazul perecedent, deoarece metabolismul foarte activ al muşchiului striat, bogat vascularizat, determină o difuzie foarte mare în spaţiile interstiţiale a soluţiilor utilizate. Calea intramusculară este folosită în general pentru administrarea "medicaţiei de depozit".

3) calea intravenoasă oferă posibilitatea introducerii stupefiantului direct în sânge, cu scopul unei apariţii rapide, imediate, a efectului "scontat".

Această cale este utilizată în medicină pentru administrarea medicamentelor în cazuri de urgenţă medicală (înlocuitori ai sângelui în hemoragii acute, substanţe antidot, tonice cardiace, etc.) şi în general când se urmăreşte un efect rapid (narcoză cu substanţe hidrosolubile).

4) calea intraarterială este cea mai puţin utilizată (atât medical cât şi de narcomani), datorită numeroaselor contraindicaţii (formarea de hematom la locul injectării).

Alte căi de absorbţie parenterală a drogurilor sunt la nivelul seroaselor, membrane care căptuşesc cavităţile închise ale organismului, sau mai rar spaţiul subarachnoidian (spaţiul prin care se scurge lichidul cefalorahidian) şi intraosos (deoarece este foarte dureros pentru "consumator").

În ceea ce priveşte absorbţia stupefiantelor la nivelul aparatului respirator, respectiv al epiteliului alveolar, trebuie ţinut cont de particularităţile zonei considerate şi anume adaptarea optimă pentru schimburile gazoase între aerul alveolar şi sângele din capilarele pulmonare. Prin acest tip de epiteliu se absorb substanţe gazoase şi volatile, dar şi substanţe dizolvate în apă sub formă de aerosoli (formă galenică dependentă de diametrul particulelor principiului activ – drogului).

Prin alveole se pot absorbi şi pulberi foarte fine (cocaina, heroina, etc.), acestea prezentând însă, mai mult interes toxicologic. Absorbţia substanţelor tip drog, la nivelul epiteliului alveolar, este influenţată de solubilitatea lor, de gradul de difuzabilitate şi de presiunea parţială din amestecul alveolar.

Calea respiratorie este astfel utilizată pentru administrarea substanţelor narcotice gazoase sau volatile, dar şi pentru unele medicamente (în cura medicală) cu acţiune locală (bronhodilatatoare, antibiotice, enzime, substanţe mucolitice). Drogurile se administrează la acest nivel, cu ajutorul unor măşti sau aparate cu circuit închis sub formă de aerosoli (consumul haşiş-ului sau cannabis-ului din "narghilea" în camere închise).

Metabolizarea substanţelor cu caracter stupefiant în organism sau procesul de biotransformare, condiţionează în mare măsură acţiunea farmacodinamică, cunoaşterea pe deplin a acestor mecanisme putând contribui la [vezi cap. cu shemele de mecanism ale principalelor narcotice]:

- elucidarea modalităţii de acţiune propriu principiului activ şi fundamentarea ştiinţifică a unor protocoale terapeutice (folosite în "cura de dezobişnuire");
- "stabilirea" căilor de administrare pentru asigurarea unui efect de răspuns "optim";
- precizarea ritmului administrării;
- "descoperirea" de principii active "noi".

Datorită proceselor metabolice la care sunt supuse, majoritatea drogurilor suferă transformări structurale, în urma cărora apar o serie de derivaţi, având ca rezultat activarea sau inactivarea (fapt evitat de "producători") acestora. Metaboliţii excretaţi în aceste procese depind cantitativ de intensitatea activităţii complexelor enzimatice, cu rol catalizator. Astfel, diazepamul este transformat în oxazepam, metabolit activ, cu efect tranchilizant.

Inactivarea chimică a substanţelor de tip drog poate fi parţială sau totală, prin transformarea acestora în derivaţi cu toxicitate mai mică decât substanţele iniţiale (reacţii de detoxifiere), mai puţin liposolubile, greu de reabsorbit la nivelul tubilor renali, conducând în final la declanşarea mecanismului de eliminare (derivaţi inactiv farmacodinamic).

Biotransformările drogurilor sunt condiţionate de o serie de factori precum: structura chimică a principiului activ, tipul acesteia precum şi de vârsta şi sexul consumatorului.

Locaţia proceselor de biotransformare se găseşte fie la locul de administrare (tubul digestiv), cazul stupefiantelor administrate parenteral (i.v., i.m., i.a., aparat respirator), fie la locul unde acţionează sau la nivelul aparatului excretor (explică testele de urină ale potenţialilor "consumatori").

Biotransformările la locul de administrare au ca rezultat: solubilizarea, activarea, netralizarea sau descompunerea principiului activ al drogului. În sânge, au loc transformări chimice variate, spre exemplu, substanţele tip drog, prin combinare cu matricile proteinice celulare, capătă proprietăţi antigenice. Alte tipuri de astfel de substanţe sunt metabolizate îndeosebi la nivelul ficatului, rinichilor şi splinei, sub acţiunea catalizatoare a sistemelor enzimatice grupate principal în :

1) oxidaze;

2) reductaze;

3) sintetaze.

Cercetările efectuate în laboratoarele de toxicologie, au arătat că biotransformările pot urma căi diferite în funcţie de specia din care face parte organismul. Astfel, amfetamina este p-hidroxilată la şobolan într-o proporţie mai mare decât dezaminarea oxidativă iar la iepure, proporţiile celor două reacţii sunt inverse.

Deoarece intensitatea activităţii complexului enzimatic, la nivelul organismului uman, este foarte importantă în cazul proceselor de biotransformare a substanţelor cu caracter stupefiant, prezententăm mai jos o parte din drogurile care produc inducţie enzimatică (cf. D. Dobrescu):

Tabel: **Substanţe care produc inducţie enzimatică** (după D. Dobrescu)

Grupa farmacodinamică	**Substanţele**
Narcotice	-protoxid de azot -eter etilic -cloroform -eter divinilic -halotan -hidroxidiona
Tranchilizante şi Neuroleptice	-meprobamat -hidroxizina -clordiazepoxid -fenaglicodol -clorpromazină -promazina -triflupromazină
Analgezice şi analgezice antipiretice	-morfina -meperidina -metadona -amidopirina

În ceea ce priveşte eliminarea drogurilor din organism aceasta reprezintă ultima etapă farmacocinetică prin care acestea împreună cu metaboliţii rezultaţi sunt îndepărtate din organismul uman. Căile de eliminare ale substanţelor tip drog, sunt cele fiziologice şi se realizează pe mai multe căi dintre care una este predominantă şi/sau electivă. Căile fiziologice de eliminare sunt:

- Calea renală, de elecţie pentru drogurile hidrosolubile;
- Calea digestivă pentru drogurile insolubile administrate în general pe cale orală;
- Calea respiratorie pentru drogurile de tip gazos şi volatil;
- Prin secreţii specifice şi anume: secreţie lactată, salivă şi secreţie biliară.

Unele dintre droguri se pot elimina simultan pe mai multe căi, dar în principal există o cale electivă predominantă pentru fiecare tip de substanţă. Formele de eliminare sunt în general specifice pentru fiecare tip de produs în parte şi sunt reprezentate de substanţa ca atare, care nu a fost în totalitate transformată, şi/sau metaboliţii acesteia în situaţia biotransformării. Concentraţiile în care se regăsesc acestea la nivelul căilor de eliminare sunt în strânsă legătură cu structura chimică caracteristică fiecărui tip de drog, mecanismelor de biotransformare suferite, doza de administrare, ritmul de administrare precum şi unor caracteristici individuale care ţin de

specie. În general, se regăsesc la nivelul căilor de eliminare anumite cantităţi de substanţă netransformate în situaţia în care dozele administrate sunt mari sau foarte mari.

În această situaţie apar în paralel şi efecte toxice la locul de eliminare care pot determina în timp, apariţia de insuficienţe funcţionale la aceste nivele. Viteza de eliminare în cazul substanţelor tip drog este influenţată de o serie de factori, dar în principal este dependentă de gradientul de concentraţie realizat la nivelul căi de eliminare. Relaţia matematică care exprimă viteza de eliminare este următoarea :

$$V_e = \frac{K_e}{2.303} = -\frac{\log C_1 - \log C_2}{t_1 - t_2} \qquad (1)$$

unde:

K_e este constanta de eliminare;

C_1 şi C_2 concentraţiile plasmatice, la timpii t_1 şi t_2.

Dintre factorii care influenţează viteza de eliminare a drogurilor din organism menţionăm:

- Structura chimică şi proprietăţile fizico-chimice ale drogului;
- Calea de administrare;
- Modul de absorbţie al substanţei;
- Nivelul concentraţiei sangvine (procentul de fixare de proteinele plasmatice şi tisulare);
- Starea fiziologică a consumatorului (greutate, vârstă, sex, patologie medicală asociată);

Variaţia vitezei de eliminare din organism pentru substanţele de tip drog diferă în funcţie de numeroşi factori precum reţeta de administrare (ciclul zi/noapte), vârsta, gradul de concentraţie al substanţei administrate, gradientul de concentraţie de presiune osmotică constituit între sânge şi mediul de la nivelul organului prin care se realizează mecanismul de eliminare.

Calea renală reprezintă principala formă fiziologică de eliminare a substanţelor tip drog. Aceasta este determinată şi influenţată de mai mulţi factori printre care amintim:

- structura chimică a drogului;
- starea funcţională a rinichiului;
- pH-ul urinii;
- de volumul diurezei (strâns legată de starea de funcţionare a rinichiului şi de starea de hidratare a organismului;
- asocierea cu mai multe droguri sau medicamente;
- diferite afecţiuni patologice pe care le prezintă consumatorul (hipertensiune sau hipotensiune arterială, insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă, insuficienţă hepatică, stări grave de deshidratare, diabet).

Astfel, amfetamina, ca substanţă bazică, este reabsorbită la nivelul tubilor renali în proporţie mai mare când pH-ul urinii este alcalin, deoarece concentraţia de substanţă neionizată este mai mare. La un pH acid când ionizarea substanţei devine completă, reabsorbţia este redusă. Astfel, când pH-ul urinii se menţine în jurul valorii de 8.0 circa 5% dintr-o doză de amfetamină este excretată, nemodificată, în timp ce la un pH egal cu 5.0 proporţia eliminării creşte la valori de peste 50%.

Eliminarea pe cale digestivă reprezintă pentru substanţele de tip drog şi metaboliţii acestora o cale secundară. Astfel, cantităţi reduse din drogurile administrate se regăsesc ca atare sau sub forma metaboliţilor rezultaţi din procesul de biotransformare la nivelul secreţiilor salivare, sucului gastric, secreţiei biliare şi la nivelul bolusului fecal. Astfel, în intoxicaţiile cu morfină cantităţi relativ mari se regăsesc la nivelul sucului gastric acid şi se pot elimina din stomac prin spălături gastrice repetate.

Eliminarea pe cale respiratorie a substanţelor folosite ca droguri se întâlneşte în cazul formelor de administrare gazoasă sau volatilă. Viteza de eliminare a acestor produşi toxici este strâns legată de gradul de volatilitate a substanţelor inhalate şi de starea fiziologică a epiteliului alveolar şi al glandelor cu secreţie bronşică. În cazul unor boli ale aparatului respirator (congestii pulmonare, pneumonii, TBC etc.), inhalarea de substanţe volatile de tip narcotic produc efecte toxice grave care se pot finaliza cu decesul consumatorului (cazul "prizării" de cocaină cu instalarea fenomenului de "overdose" sau a fumatului de haşiş şi canabis).

Eliminarea prin secreţie lactată reprezintă o cale secundară de eliminare a drogurilor ca atare şi/sau metaboliţilor rezultaţi din procesul de biotransformare. În secreţia lactată a femeilor consumatoare de droguri se concentrază stupefiantele cu structură chimică bazică prin trecerea acestora din plasmă în lapte care este mai acid decât aceasta. Dintre substanţele prezente în secreţia lactată amintim: morfina, barbituricele, hipnoticele, etanolul, antiepilepticele, cofeina, codeina, nicotina, atropina etc. La doze mari autoadministrate de către mamele dependente apar de obicei fenomene toxicologice cu consecinţe grave pentru sugari.

O abordare mai detaliată a procesului de eliminare, nu face obiectul acestei monografii dar o serie de efecte interesante pot fi observate în schemele de acţiune ale diferitelor droguri, în capitolele ce urmează.

ETAPELE FARMACODINAMICE ALE DROGURILOR

Drogurile nu creează în organism funcţii noi, ci doar amfolitică sau reduc funcţiile fiziologice ale organismului (stimulatoare sau inhibitoare – deprimante).

Efectul stimulator poate să se producă fie în urma creşterii tonusului funcțional al unui organ (aparat, sistem) fie datorită deprimării suplimentare a unei funcţii inhibitoare. Invers efectul deprimant reprezintă expresia deprimării funcţiilor excitatoare sau al potenţării funcţiei inhibitorii.

Astfel, cocaina generează o stare de bine, euforică, agitaţie, gradomanie, senzaţie de înlăturare a oboselii şi stres-ului, hipermobilitate, hiperdorinţă de activitate sexuală, în timp ce opioizii, determină depresie respiratorie, acţiune sedativă, efect analgezic-narcotic, deprimarea peristaltismului intestinal (constipaţie). Prin analiza manifestărilor induse de droguri organismului se constată că fiecare dintre acestea prezintă un efect principal, evident, care stă la baza uzului de către toxicomani şi constituie un criteriu farmacodinamic după care se clasifică stupefiantele.

În raport cu acţiunea principală dezvoltată de droguri în organism, Jean Delay a introdus prima clasificare a acestora, modificată ulterior de Lewin, ambele fiind însă frecvent citate în monografiile de specialitate:

A. CLASIFICAREA LUI JEAN DELAY

a) psihodisleptice: -euforice: opiacee, cocaina;

-inebriante: alcooli, solvenţi, benzen, combustibili;

-halucinogene: dietil-amina acidului lisergic, phencyclidină ketamina, etc.

b) psihoanalaeptice: -excitante, psihozone;

-timoleptice: inhibitori de monoaminooxidază, amfetamine, metilen-dioxi-metamfetamina.

c) psiholeptice: -hipnotice: barbiturice, nitrazepam;

-tranchilizante: derivaţi benzodiazepinici (compuşi de azepoxid sau de azepam).

B. CLASIFICAREA LUI LEWIN

a) toxice sedative ale spiritului;

b) toxice euforice: opiu, cocaina;

c) toxice excitante: cafea, tutun;

d) inebriantia: alcool, eter;

e) de iluzionare a simţurilor: cocaina;

f) phantastica: haşiş, mescalină.

Această ultimă clasificare, reactualizează "problema spiritului" şi permite potrivit experienţei noastre în a încadra toxicomania în categoria patologiei psihosomatice. Aceasta, deoarece patologia psihosomatică trebuie privită ca anasamblul anomaliilor de funcţionalitate din organism, care rezultă din interacţiunea individ-mediu, din conflictul de inadaptare care afectează această interacţiune.

Aceasta se bazează pe observaţiile curente şi pe experienţa clinică, permiţând susţinerea constatării că viaţa afectivă se exprimă într-o manieră importantă şi variată în corp, ceea ce pledează pentru ipoteza unei unităţi funcţionale, psihic-corp.

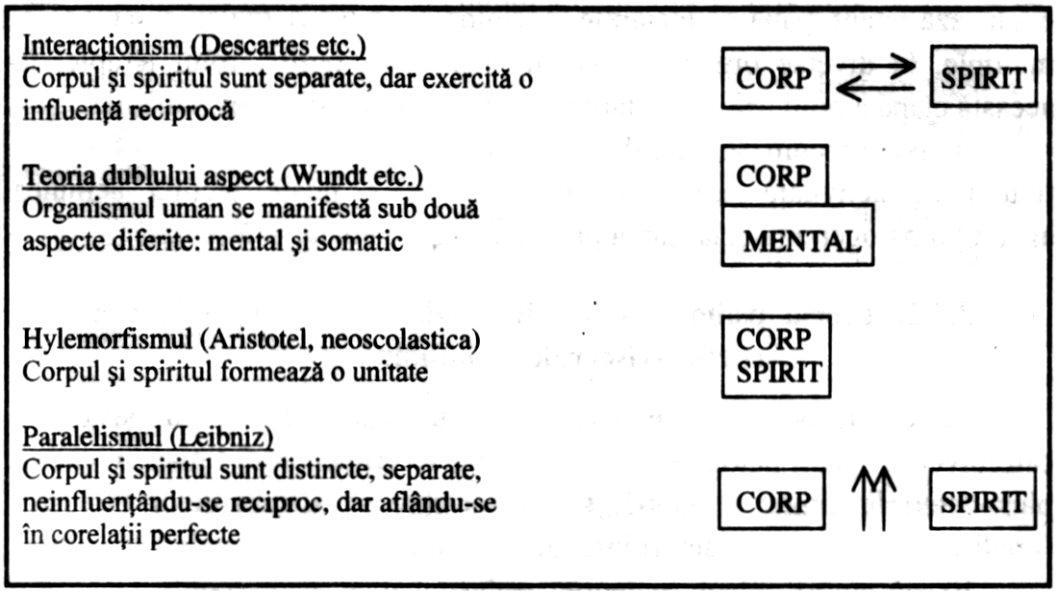


Fig. **Diagrama principalelor teorii corp-spirit**

Teorii relativ recente reactualizează "spiritul" ca parte a funcţionalităţii organismului uman, motiv pentru care în tabelul de mai sus am păstrat această componentă, aşa cum a fost concepută de-a lungul secolelor, în interrelaţie cu partea fizică, somatică a corpului. Conform acestor teorii reactualizate, care par a fi mult mai aproape de adevăr, din punct de vedere structural orice individ posedă trei părţi: corpul (partea somatică, psihicul (partea afectivă, de "trăire interioară") şi spiritul (componenta care modulează acţiunea factorilor de mediu asupra psihicului).

Efectele farmacodinamice ale drogurilor sunt de tip general, dar cu un profund caracter specific. Efectele generale sunt expresia administrării directe în sânge a drogului sau al ajungerii acestuia în sânge (efect resorbitiv) şi traduc impregnarea ţesuturilor cu principiul activ farmacologic din drog.

Efectul specific, este selectiv, manifestat în general ca urmare a acţiunii principiului activ al drogului la nivel de sistem nervos.

Indiferent de tipul efectelor induse în organism, acestea sunt expresia mecanismului de acţiune al toxicului-drog la nivel celular, unde:

a) fie interferă cu metabolismul mediatorilor chimici intercelulari (neurotransmiţători) [vezi capitolul despre permeabilitatea membranelor neuronale], fie cu cel al mediatorilor secunzi intracelulari. În acest ultim mecanism patogen, acţiunea este mediată prin intermediul receptorilor celulari. Astfel pentru opiu şi derivaţii săi, în principal pentru morfină, efectele reprezintă expresia interrelaţiilor morfină-encefaline-endorfine-substanţă, dar şi datorită

eliberării de catecolamine şi serotonină la nivel cerebral (efectul analgezic); interfeţei metabolismului dopaminei (efectul inhibitor); inhibiţia eliberării hipofizare de ACTH (efect de diminuare a metabolismului şi indirect termogenezei). Pentru inhalantele producătoare de stări de beţie (inebriantele) acţiunea se datorează probabil fluidificării membranelor sau interacţiunii cu canalele de Cl^- dependente de mediatorul secund GABA.

b) frecvent, drogurile "modulează" unele procese biochimice. Astfel, opioidele inhibă acetilcolinesteraza, din centrii vagali bulbari, cu apariţia vasodilataţiei tegumantare – cash-ului-, creşterea sudoraţiei, prezenţa miozei, bradicardiei, bradipneei. În cazul medicamentului antiparkinson L-Dopa are loc decarboxilarea produsului în enedoteliul capilarelor cerebrale, în dopamină (neurotransmiţător).

Frecvent în organism, efectele unui drog, sunt expresia metabolizării acestuia dintr-un compus "slab toxic" într-un compus cu efecte farmacodinamice mai importante. Exemplificativ în acest sens este cazul codeinei, metabolizată hepatic în morfină şi narcodeină sau al cannabis-ului în 9-tetrahidro-canabenol, compus liposolubil (scade mecanismul de reabsorbţie la nivelul tubilor renali), proprietate ce îi prelungeşte activitatea până la 2 luni.

Din punct de vedere farmacologic, parcursul intervalului cuprins între utilizarea primei doze şi instalarea dependenţei şi toleranţei, include două etape:

- etapa directă reperată de uzul primei doze, respectiv respectiv până la recunoaşterea simptomelor de "recompensă spirituală". În această etapă dominante sunt elementele care crează o stare de rău general, cu tendinţa de repulsie în a recurge la "consumul" unei noi doze.
- etapa indirectă, de dependenţă fizică şi psihică, începe din momentul definirii ca plăcute a efectelor drogului şi este caracterizată prin "goana permanentă" de a procura drogul şi de a menţine starea de bine indusă, cu riscul administrării unor doze crescute.

În această etapă, "monotonia" stării de "recompensă psihologică" existentă, poate fi accidental întreruptă fie de:

- abstinenţă, când drogul nu este disponibil uşor, din motive financiare sau care ţin de "distribuitor", ori când drogul este neutralizat;

- instalarea intoxicaţiei acute, prin supradoză unică administrată, sau ca rezultat al acumulării în timp (cazul cannabinoizilor cu timp de înjumătăţire îndelungat) sau al suferinzilor organo-somatici (mai ales al purtătorilor de hepatopatii cronice), caz în care metabolizarea (inactivarea) drogului este încetinită.

Acest ultim aspect este caracteristic unei anumite stări biologice de boală şi este în contradicţie cu comportamentul general al organismului "normal" al unui toxicoman, care are tendinţa de a-şi mări viteza de metabolizare a drogului. Consecinţa acestei particularităţi metaboli va fi creşterea necesarului, prin reducerea intervalului dintre administrări şi/sau augmentarea dozei hit.

Receptorul membranar celular - elementul biologic activ obligatoriu prin care acţionează drogul

Structura elementară obligatorie prin care trece informaţia, mesajul oricărui factor patogen indiferent de tip şi structură este membrana celulară. La nivelul acesteia se află înglobate structuri macromoleculare proteice specializate sub aspect funcţional, denumite receptori, după tipul substanţelor pe care le leagă şi cărora le modulează mesajul. Receptorii membranari se pot exprima pentru substanţe exogene, respectiv pentru substanţe endogene.

Tabel: **Principalele substanţe care se fixează de receptorii membranari celulari**.

Denumirea substanţelor după origine	
Exogenă	**Endogenă**
-viruşi	**-neurotransmiţători**
-resturi microbiene	**-hormoni**
-toxine microbiene	**-amine biogene**
-toxine virale	**-antigene endogene**
-droguri-antigen non-self	**-anticorpi**
	-complementi
	-trombină

Clasele şi subclasele de receptori se diferenţiază funcţional după:

a) caracteristicile structurale şi fizico-chimice specifice;

b) localizarea anatomică;

c) efectele fizico-chimice pe care le mediază, pentru ca organismul să elaboreze un răspuns biologic.

Astfel, drogurile opioide care acţionează pe alte subtipuri de receptori opiozi, decât cel de tipul μ pe care acţionează morfina, au şi acţiune diferenţiată decât cea indusă de morfină.

Specificitatea simptomalogiei clinice, cu caracter de diferenţiere se manifestă şi în situaţia de sevraj.

În fizio-psihiatrie, astăzi pe baza studiilor radiografice şi tomografice, prin utilizarea radioligan-zilor, este unanim admis rolul acestor "dispozitive moleculare membranare" în patogenia bolilor de profil, indiferent de etiologie, ca şi geneza simptomatologiei clinice din stările de toxicomanie.

Implicarea receptorilor membranari neuronali în explicarea apariţiei răspunsului biologic, adică al simptomatologiei şi semnelor specifice din cursul diverselor forme de toxicomanie, nu poate fi explicată fără intervenţia neurosecreţiilor

Tabel: **Clasificarea neurosecreţiilor**

GRUPA SUBSTANŢEI BIOLOGIC-ACTIV	DENUMIREA NEUROSECREŢIEI	LOCUL ŞI MIJLOCUL PRIN CARE ÎŞI

NEURONAL		EXERCITĂ ACŢIUNEA
Neurohormonii	**Peptide şi monoamide** cu rol în reglarea activităţii neuroendocrine CRF(1), TSH, etc.	- derivaţi în sânge - acţiuni la distanţă
Neurotransmiţătorii	**a) Aminoacizi cu rol excitator cortical**: acid cisteinic, acid homocisteinic, acid aspartic, acid glutamic etc. **b) aminoacizii cu rol inhibator**: GABA(2), glicina, taurina etc. **c) derivaţi de aminoacizi cu rol excitator cortical:** acidul H-metil-i-aspartic, acidul H-metil-d-aspertic **d) purinele** **e) peptide**: substanţa P, somatostatina,colecistokinina, VIP(3) **f) acetilcolina** **g) metaboloţi ai acizilor** aromatici:adrenalina, noradrenalina dopamina, histamina, serotonina.	- rol de mediator în transmiterea influxului nervos - GABA: acţiune presinaptică corticală - Glicina: acţiune postsinaptică corticală
Ciberninele	**a) Endomorfinele** **b) Neurotensina**	-eliberarea extrasinaptică (în matricea extracelulară) - acţiune pe neuronii vecini, celor care le-au eliberat - modulare a pragului de excitabilitate

Legenda : **(1)** CRF: corticotrofin-releasing-factor
(2) GABA: acidul gamma-amino-butiric
(3) VIP: vaso-intestinal polipeptidul

În cazul fiziologiei neuronale, rolurile celor trei categorii de neurosecreţii sunt interşanjabile, în funcţie de locul unde este eliberată neurosecreţia.

Receptorii membranari neuronali posedă caracteristici comune cu receptorii membranari ai oricărui alt tip de celulă.

Dintre acestea, mai importante sunt:

a) **gradul de distribuţie** al unui anumit tip de receptor în celulele organismului, influenţează calitatea răspunsului celular remis. Aceasta deoarece cu cât receptorul acţionat este mai răspândit în mai multe celule, răspunsul este cu atât mai distribuit şi invers, când receptorul este propriu unei categorii limitate de celule, efectul interesează numai ţesutul respectiv. Această proprietate a

receptorilor, justificată fiziopatologic, manifestările generalizate sau localizate din cursul unei boli, inclusiv din cele de tip toxicomanie.

b) **selectivitatea sau specificitatea** sub dublu aspect:

i. Interacţiunii stricte numai cu o anumită conformaţie stereochimică de purtători de mesaj;

ii. Recunoaşterea liganzilor, care le poate modula activitatea. Liganzii sunt precursori sau metaboliţi ai unor compuşi sintetizaţi în celule, ori cationi aflaţi în biofază .

Liganzii pot avea însă şi origine externă sistemului În raport cu tipul activităţii modulate, liganzii pot fi:

a) **agoniştii** în sens inhibator sau excitator, al răspunsului elaborat celular;

b) **antagoniştii** care reduc activitatea receptorului specific acţionat. Acţiunea ligandului antagonist se realizează prin competiţie cu agoniştii pentru acelaşi sistem de receptor (legătura receptor- neurotransmiţător se realizează prin intermediul a două site-uri) sau prin non-competiţie, situaţie în care se fixează de un alt site de pe receptor-site de legătură (binding-site).

c) în descrierea iniţială a receptorului (1894, de către E.Ficher), receptorul era conceput ca o structură rigidă similar unei chei într-o broască. Astăzi, mai ales pentru neurotransmisie, este importantă **plasticitatea receptorului.**

Plasticitatea menţine o bună parte a caracterului rigid pentru ca receptorul să-şi păstreze stereospecificitatea chimică de interacţiune cu vectorul mesajului. Din acest motiv, pare a fi mai corectă denumirea de flexibilitate dată acestei proprietăţi a receptorului, decât cea de plasticitate.

Plasticitatea receptorilor neuronali, de care se fixează, de exemplu, substanţele opioide este asigurată de către legătura macromoleculelor de GTP-binding protein-adenilciclază (enzimă membranară cu rol reglator şi acţiune ATP-azică). Complexul realizat influenţează activitatea proteinkinazelor.

Sistemul adenilciclază este virtual prezent în toate ţesuturile, dar îşi exercită efectul numai la o parte dintre celulele organismului, caracteristică indusă de tipul de proteină reglatoare din membrana celulară.

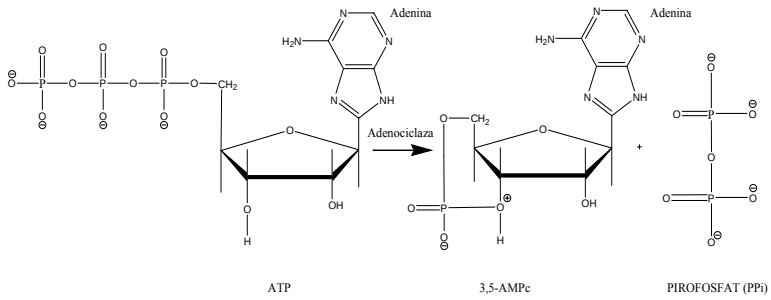


Fig. **Transformarea ATP în AMPc sub acţiunea adenilciclazei**

Tipul proteinei membranare	Sensul influenţei asupra activităţii adenilciclazei

G_s	srtimulează
G_i	Inhibiţie directă
G_q	Mediator-activator al fosolipazei C (al metabolismului fosfatidei inosiolului)
G_k	Activator al fosolipazei K^+
G_{FLA}	Activator al fosolipazei A
GDP-αβγ	Starea inactivă a protinei G

Fig. **Principalele tipuri de proteină membranară cu acţiune asupra adenilciclazei**

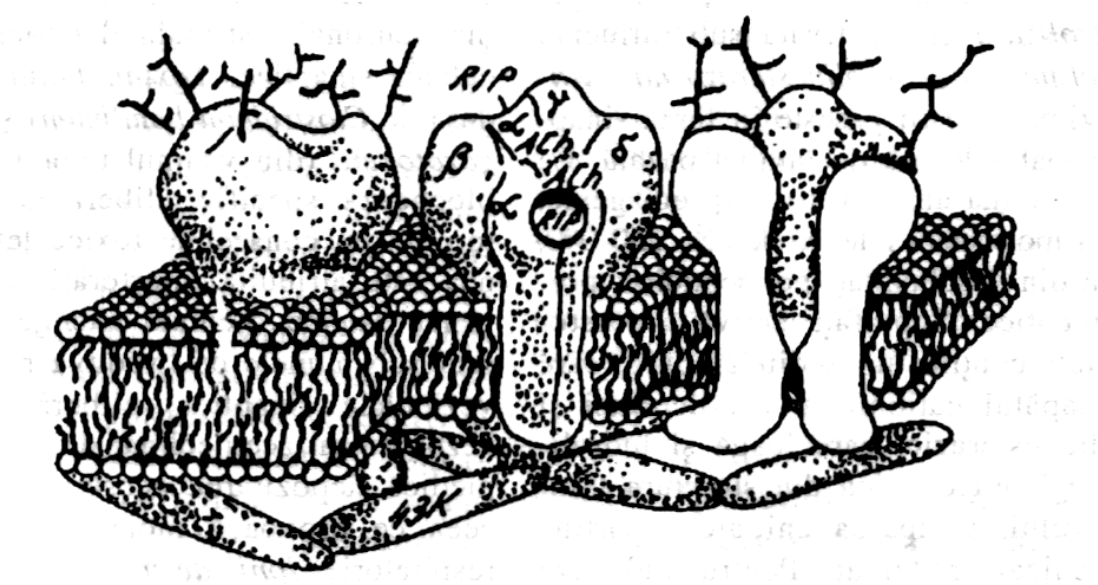


Fig. **Receptorul nicotinic de pe placa terminală motorie – schematic**

(după Hucho F. – Neurochemestry, VCH, Berlin, 1986)

d) **aciditatea**, în corelaţie directă cu saturabilitatea reprezintă alte proprietăţi ale receptorilor membranari. Cantitativ-structural receptorii membranari sunt în număr finit, variaţia numerică interesând funcţionalitatea Numărul receptorilor membranari care se activează, la un moment dat, variază în funcţie de:

- activitatea circardiană;
- cu starea fiziologică şi de boală a individului.

Apariţia efectului clinic (simptomatic şi de semnal) în cazul drogurilor, nu este posibilă fără a se îndeplini la nivel membranar celular, un grad optim de saturaţie al receptorilor şi fără ca aceştia să se găsească într-o anumită stare energizantă locală.

e) această **stare**, denumită şi **eutatică**, constituie o altă proprietate a receptorilor membranari cu rol de transmisie care atestă că grupele de atomi ale receptorului sunt "tensionaţi" steric sau electric.

Din punct de vedere al structurii chimice se deosebesc patru tipuri de receptori membranari celulari:

a) receptori proteină care induc un canal membranar pentru migrarea ionilor (Ca^{2+}, K^+, etc.);

b) receptorii proteină transmembranari;

c) receptori proteină cudată, numiţi şi "în serpentină";

d) receptori intracelulari.

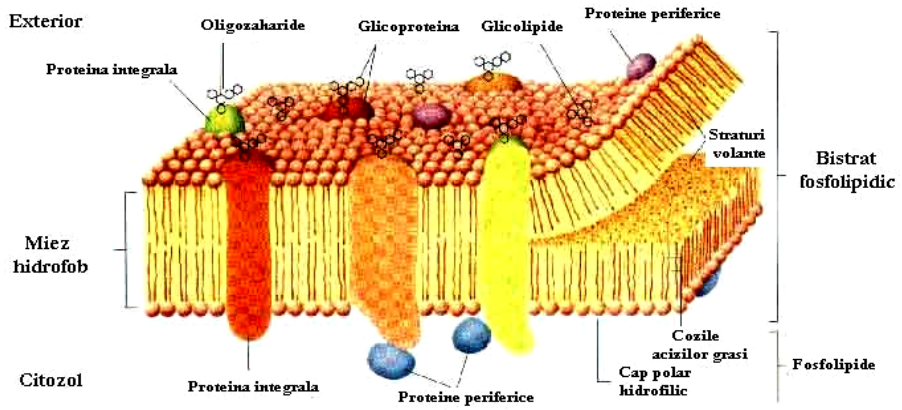


Fig. **Membrană celulară normală**

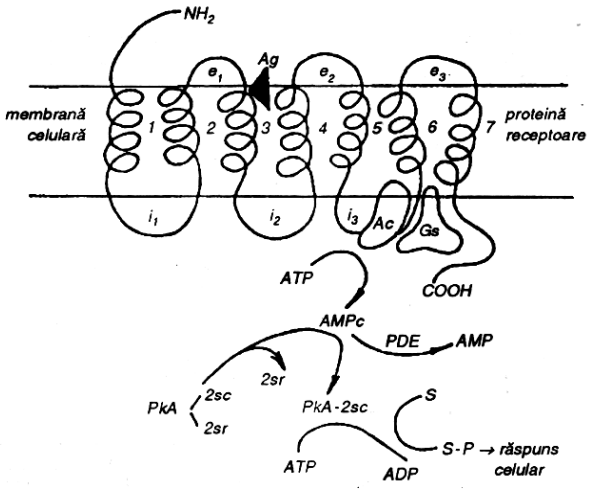


Fig. **Receptor în serpentină care acţionează sistemul mesager secund al adenilatului ciclic**: Ag = moleculă agonistă, 1-7 porţiuni intramembranare ale proteinei receptoare: e_{1-3} şi i_{1-3}= bucle extracelulare, respectiv intracelulare ale proteinei receptoare, G_S = proteină reglatoare, Ac = adenilat ciclază, ATP = adenozin trifosfat, AMPc = adenozin monofosfat ciclic, AMP = adenozin monofosfat, PDE = fosfodiesterază, PkA = proteinkinază A, sc = subunitate catalitică, sr = subunitate reglatoare (inhibitoare), S = substrat, S-P = substrat fosforilat. (după Stroescu V.)

Variaţia unora dintre proprietăţile receptorilor sau modificările structurale şi funcţionale la nivel de receptor membranar, reprezintă mecanisme care pot explica apariţia toleranţei şi dependenţei fiziologice. Acestea pot fi clasificate astfel:

A. Variaţia numărului de funcţionalităţi, specificităţii şi avidităţii (afinităţi) ale recptorilor. Conform teoriei ocupaționale, intensitatea unui răspuns biologic este proporțională cu numărul de receptori ocupați. Relațiile dintre gradul de ocupare al receptorilor și răspunsul biologic îmbracă aspectul unei hiperbole cu convexitatea în sus, numărul total al receptorilor celulari la un moment dat variind de la 3.000 la 100.000. Pentru a explica variația numărului de receptori membranari funcționali la un moment dat (cazul instalării toleranței) s-au emis următoarele ipoteze:

a) sinteză permanentă a receptorilor coroborată cu includerea altora în membrană şi distrugerea lor;

b) internalizarea temporară în membrana celulară cu posibilitatea revenirii funcționale după scurgerea unui interval de timp.

c) "mascarea ciclică" a receptorilor însoţită de reversibilitatea fenomenului.

B. Decuplarea de proteina receptoare a proteinei G-binding cuplată cu guanin-fosfatul (GTP-binding) (vezi tabelul)

C. "Doxin reglatoare" pentru proteina G modulatoare;

D. Variația concentrației celui de-al doilea mesager intracelular (adenilciclaza, Ca^{2+}, K^{+} etc.)

Efectul abuzului de droguri asupra permeabilităţii neuronale

Componenta primordială din organism afectată de către abuzul de droguri este sistemul nervos central (SNC), la nivelul căruia este perturbată funcționalitatea normală a neuroreceptorilor urmată de posibilitatea apariției în timp a degenenerării neuronale.

Intensitatea proceselor deteriorative funcțional-structurale a neuronilor este însă funcție de predispoziția şi reactivitatea toxicomanului, altfel spus vulnerabilitatea individuală. Asociat acestor dereglări, în cursul diverselor etape ale evoluției consumului de stupefiante, studiile tomografice computerizate cu emisie de fotoni şi cele de RMN spectroscopică au arătat că survine şi o modificare a fluxului sangvin cerebral.

Astfel, în condiţii de repaos psihic fluxul sangvin cerebral la individul care consumă droguri este de 0.75 l/min pentru a creşte în condiţii de efort la 1.1 l/min. (tabel):

Tabel: **Tabel comparativ privind fluxul sangvin al diverselor organe în condiţii de repaus şi efort** (după G. Mellander şi Johansson B.)

Organul/ţesutul	Valoarea fluxului sangvin în l/min		Greutatea aproximativă a organului în -grame-
	repaus	efort	
Sistem nervos central	0,75	5,50	1500
Miocard	0,21	1,20	350-400
Muşchi scheletic	0,75	10,00	3.000
Ficat	0,50	3,00	1700
Piele	0,20	3,50	2100
Rinichi	1,20	1,40	300
Tract digestiv fără organe anexe	0,70	5,50	2.000

Grăsime	0,81	3,00	10.000

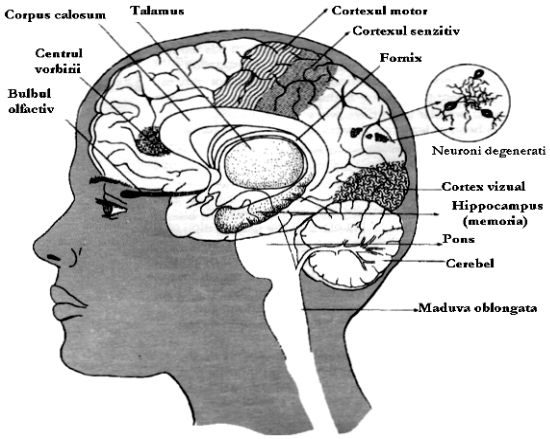


Fig. **Evidenţierea zonelor SNC cu importanţă asupra explicării mecanismelor de acţiune caracteristice principalelor tipuri de droguri**

În paralel, studiile de flux sangvin în regiunea cerebrală au evidenţiat reduceri zonale de debit, care preced şi se accentuează în perioada consumului de droguri. Consecinţa perturbării hemodinamicii locale o reprezintă vicierea metabolismului normal, interesând producerea de energie (catabolismul glucozei) şi statusul componentelor fosfolipide membranare. Diminuarea producerii de compuşi macroergici neuronali conduce la perturbarea funcţionalităţii pompelor ionice ATP-azo-dependente de Na^+, K^+, Ca^{2+}-ATP-ază etc), la acest nivel, dar şi la diminuarea efectelor intracitozolice a mediatorului secund (cazul adenilciclazei).

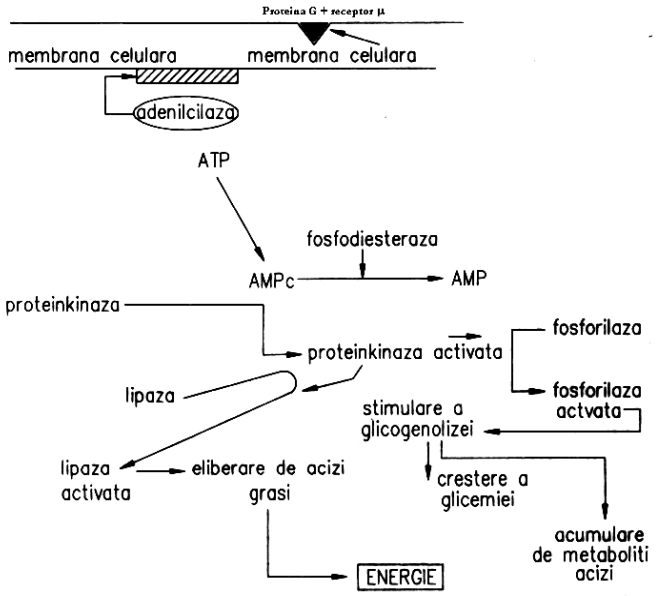


Fig. **Transformarea ATP în AMPc sub acţiunea liganzilor cu implicaţiile metabolice celulare ale catecolaminei acestora** (după Stroescu V.)

Desfăşurarea metabolismului neuronal în cazul hipoxie-anoxie locală prin cataboliţii acizi locali, perturbă permeabilitatea vasculară cu instalarea edemului cerebral şi posibilitatea apariţiei

hemoragiilor juxtovasculare, elemente anatomopatologice demonstrate la opiomani) încă din 1970, de către şcoala medicală de anatomo-histopatologie din New-York.

În sensul dereglării hemodinamicii cerebrale pledează şi următoarele constatări:

a) **instalarea accidentelor vasculare cerebrale** (ischemice sau hemoragice) la consumatorii de cocaină;

b) **fragmentarea astrocitelor**, **apariţia mielitei transverse** sau **a necrozelor ganglionilor bazali** la consumatorii cronici de morfină, heroină sau alte opiacee:

Tabel: **Principalele regiuni ale creierului cu structurile importante care pot fi afectate de abuzul cronic de droguri**

Segmente cerebrale implicate	Regiunea	Arealele (zone, arii) afectabile
TELENCEFAL DIENCEFAL MEZENCEFAL CEREBELUL	**Cortex cerebral**	Predominant: lobul frontal, secundar, lobii parietal, temporal, occipital
	Ganglionii bazali	Nucleul caudat, putamen şi globus pallidus
	Sistemul limbic	Nuceleul amigdalian Fornix-ul Corpul mamelar Hippocampusul Nucleus accumbus Stria terminalis
	Talamus	
	Hipotalamus	Nucleul suprachiasmatic
	Tegmentum	
	Tectunun	
	Puntea	locus ceruleus, substantia nigra
	Bulbul	

c) **creşterea metabolismului neuronal** din regiunile ganglionilor bazali şi cortexului cerebral – lobul frontal, în perioada imediat următoare sevrajului (studii pe cocainomani), pentru ca acesta să revină la normal în următoarele 1-2 trimestre.

d) **reducerea progresivă a I.Q.-ului**.

Efectul asupra membranei neuronale este mai evidentă în cazul consumatorilor cronici de morfină, heroină şi de alcool. Structura normală bilaminată a membranei implică în special stratul bilipidic, median, care conţine porii plini cu apă, componente ale canalelor ionice.

Astfel, sub influenţa consumului cronic de alcool, stratul lipidic suferă un proces de emulsionare, care are drept consecinţă perturbarea funcţionalităţii ionice, în special al ionului de Cl^- şi al celui de Ca^{2+} (rapide şi lente).

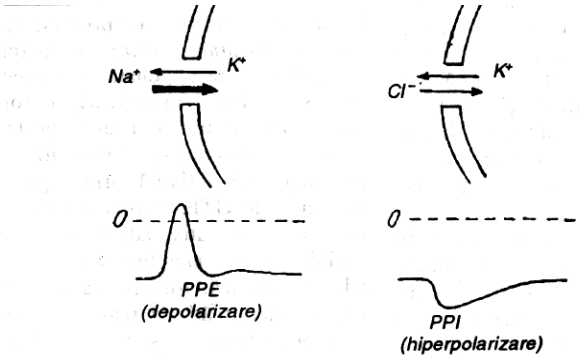


Fig. **Permeabilizarea membranelor prin medicamente-droguri, cu translocarea ionică consecutivă**: A – depolarizarea şi generarea potenţialului post sinaptic excitator (PPE); B – hiperpolarizare, potenţial postsinaptic inhibitor (PPI) (după Stroescu V.)

Aceasta deoarece selectivitatea ionică a membranelor neuronale depinde fie de orientarea specifică şi de spaţierea grupărilor polare ale moleculelor de lipide din învelişul porilor (modelul membranar a lui Hechter), fie de organizarea nucleară a lipidelor (teoria Sjostrand – Lucy J.)

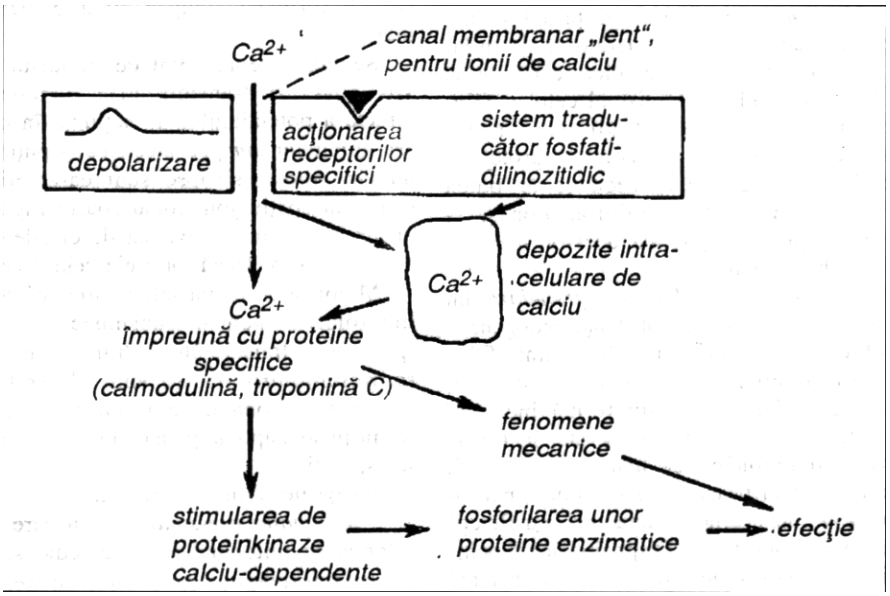


Fig. **Sistemul mesager calcic** (schematic) (după Stroescu V.)

Aspectul ulterior de organizare nucleară a lipidelor stă la baza explicării acţiunii farmacologice specifice a unor hormoni, mediatori chimici sau droguri. Astfel, pentru ca drogurile din categoria steroizilor anabolizanţi să fie fiziologic activi, la nivelul membranelor miocitelor este necesar să se orienteze plan sau oblic cu interfaţa hidrofobă-hidrofilă a miceliilor globulare de fosfolipide. Modificarea structurală, sub aspect fizic, a fosfolipidelor membranare, are drept consecinţă şi orientarea stereospaţială a receptorilor membranari, a căror funcţionalitate este corelată cu fluxul ionic transcanalicular.

Tabel: **Exemple de droguri care acţionează prin interesarea canalelor ionice**
(adaptare Stroescu V., D. Dobrescu)

Canalele	**Medicamente care blochează canalele**	**Medicamente care deschid canalele**
Canale ale Na^+	a) Antiepileptice: fenitoină, carbamazepină, acid valproic b) Anestezice locale: cocaină, lidocaină, etc.	
Canale ale Ca^{2+}	-blocante ale canalelor calciului, antianginoase :diltiazem	
Canale ale Cl^-		-tranchilizante, hipnotice, anticonvulsivante: benzodiazepine, barbiturice

Tabel: **Principalii receptori implicaţi în mecanismele drogurilor asupra SNC**
(adptare Stroescu V.)

Receptori	**Localizare**	**Mec. acţiune**	**Acţiuni**	**Agonişti selectivi**	**Antagonişti selectivi**
Receptori muscarinici					
M_1	-SNC, ggl. veg., stomac	-Gq, Gi/Go ↑ PLC, ↑ Ca^{2+}	-excitaţie, creşterea secreţiei gastrice	-oxotremorină	-pirenzepină
Receptori nicotinici					
N_N	-ggl. veg., -medulo-suprarenală, SNC	↑ cationice	stimulare	-dimetil-fenilpiperazină -citizină	-trimetafan
Receptori dopaminergici					
D_{2A} **D_{2B}**	-SNC striat, sist. limbic (presinptic, postsinaptic)	-Gi/Go, ↓ Ac, ↑ K^+, ↓ Ca^{2+}		-bromocriptină	-haloperidol -risperidină -spiperonă -domperidonă
D_4	-cortex frontal, hipocamp	Gi/Go, ↓ Ac		-apomorfină	-clozapină -spiperonă
Receptori serotonergici					
5-HT_{1A}	-nucleul raphe, sistem limbic, hipotalamus	Gi/Go, ↓ Ac, ↑ K^+		-buspironă -ipsapironă (antidepresive)	
5HT_2	-scoarţă cerebrală	Gq, Gi/Go, ↓ K^+		α -metil-5HT	-risperidonă (neuroleptic) -ritanserină (anti-halucinogen)
Receptori opioizi					
μ (miu)	-hipotalamus, subst. cenusie	Gi/Go, ↓ Ac.,	-analgezie supraspinală	-morfină	

	periapeduct.	↑ K^+	-deprimare respiratorie -euforie -sedare	-metadonă- -fentanil -levorfanol	-naloxonă
k **(kapa)**	-măduva spin., hipocamp	Gi/Go, ↑ K^+, ↓ Ca^{2+}	-analgezie spinală, -sedare -distrofie -efecte psihoto-mimetice	-levorfanol -pentazocină	-naloxonă
δ **(delta)**	-neuroni mici în coarnele post. ale măduvei, striat, sist. limbic	Gi/Go, ↓ Ac., ↑ K^+	analgezie spinală şi supraspinală	-etorfină	-naloxonă

LEGENDĂ:

G -semnifică proteine de cuplare;
Ac -adenilat ciclaza;
↑↓ -creşte respectiv scade canalele ionice;

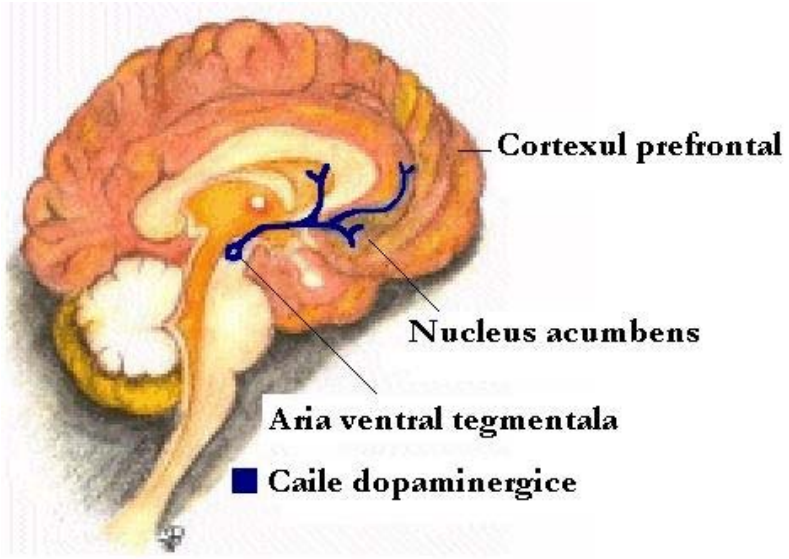
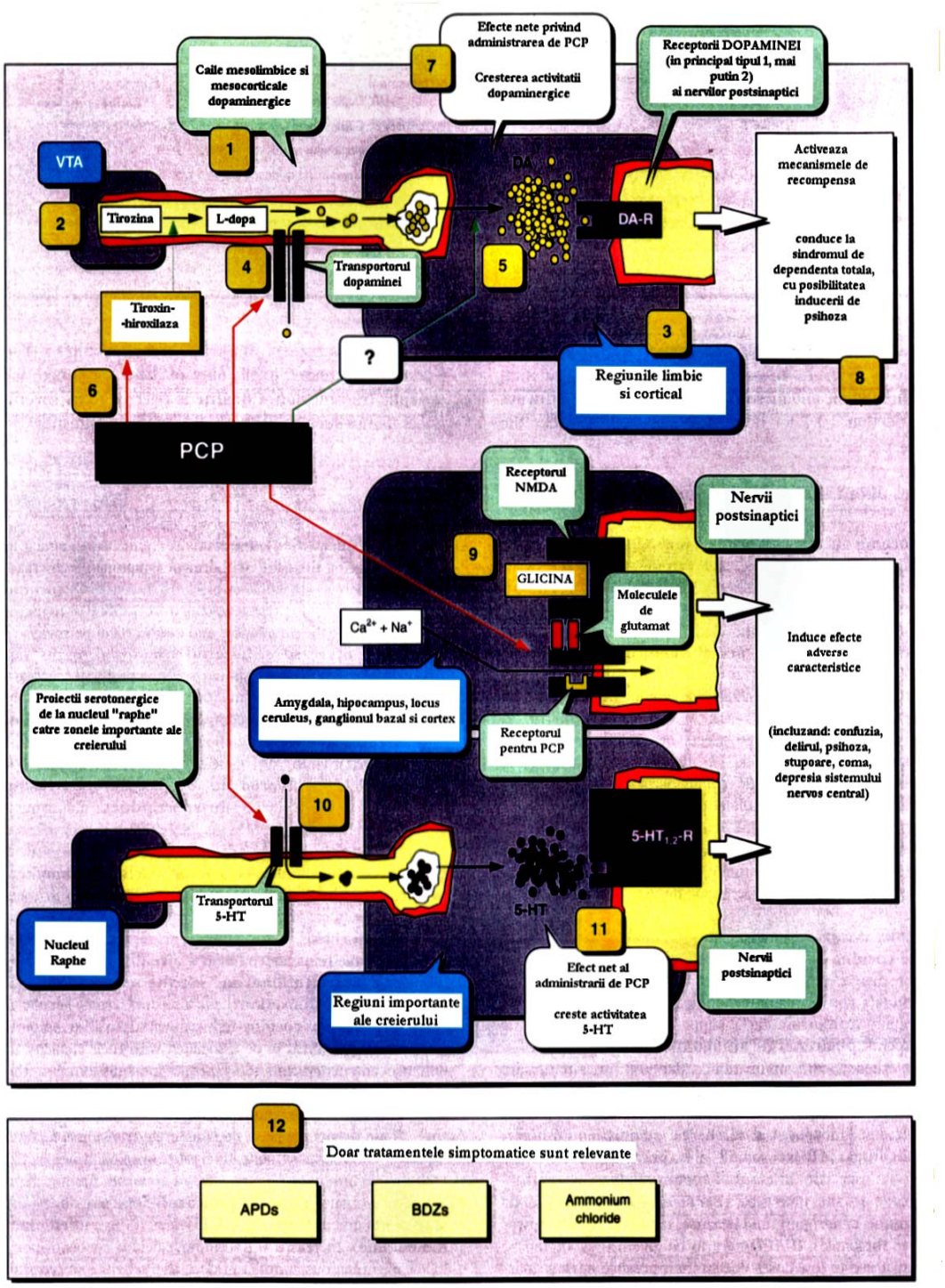


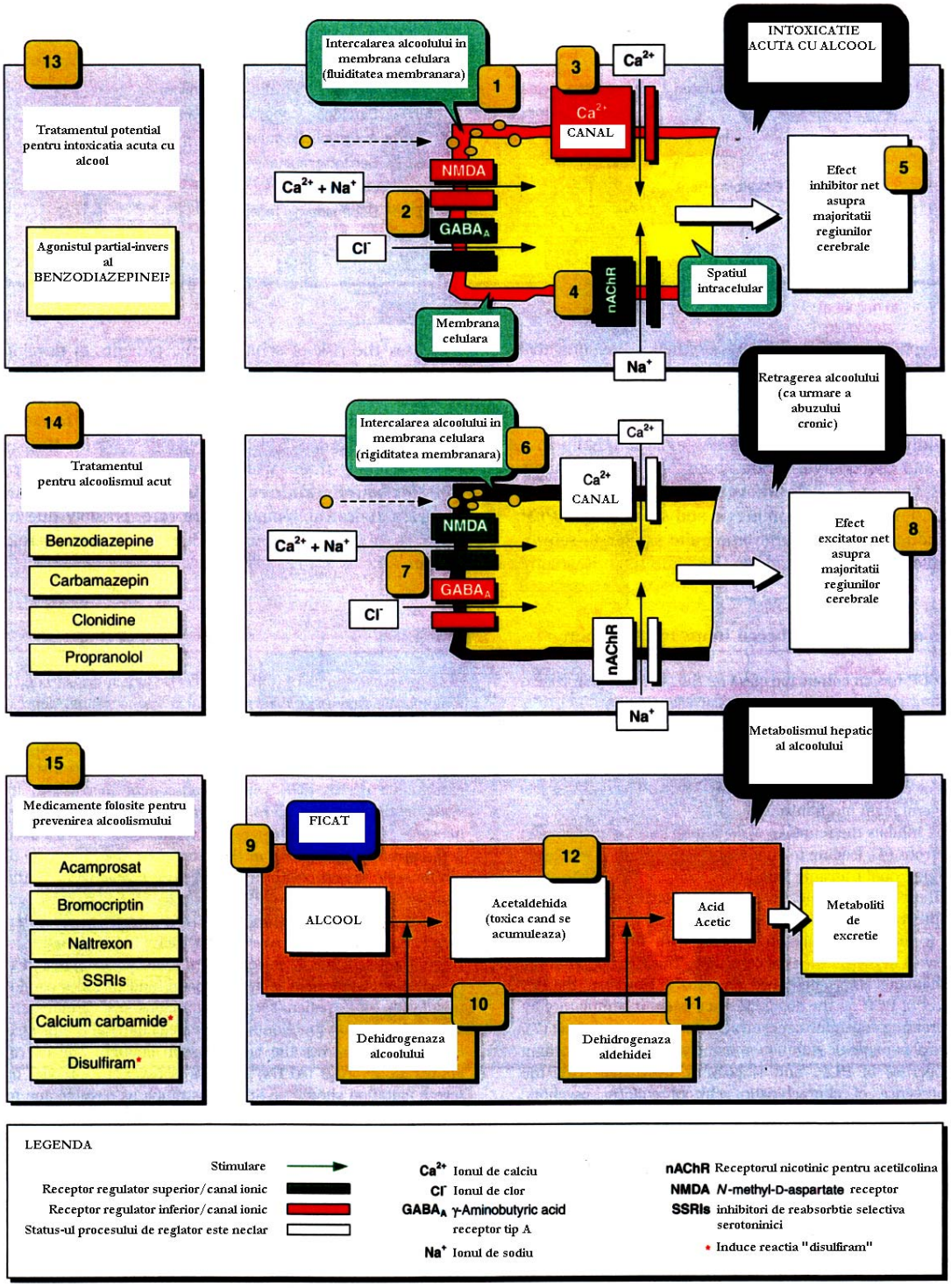
Fig. **Reprezentarea căilor dopaminergice în SNC**

În continuare prezentăm spre exemplificare, modul de acţiune, la nivelul membranelor celulare neuronale ale celulelor SNC, al principalelor tipuri de droguri, cu largă răspândire în "lumea toxicomanilor", în vederea stabilirii şi înţelegerii metodelor de tratament uzitate în "cura de dezobişnuire":

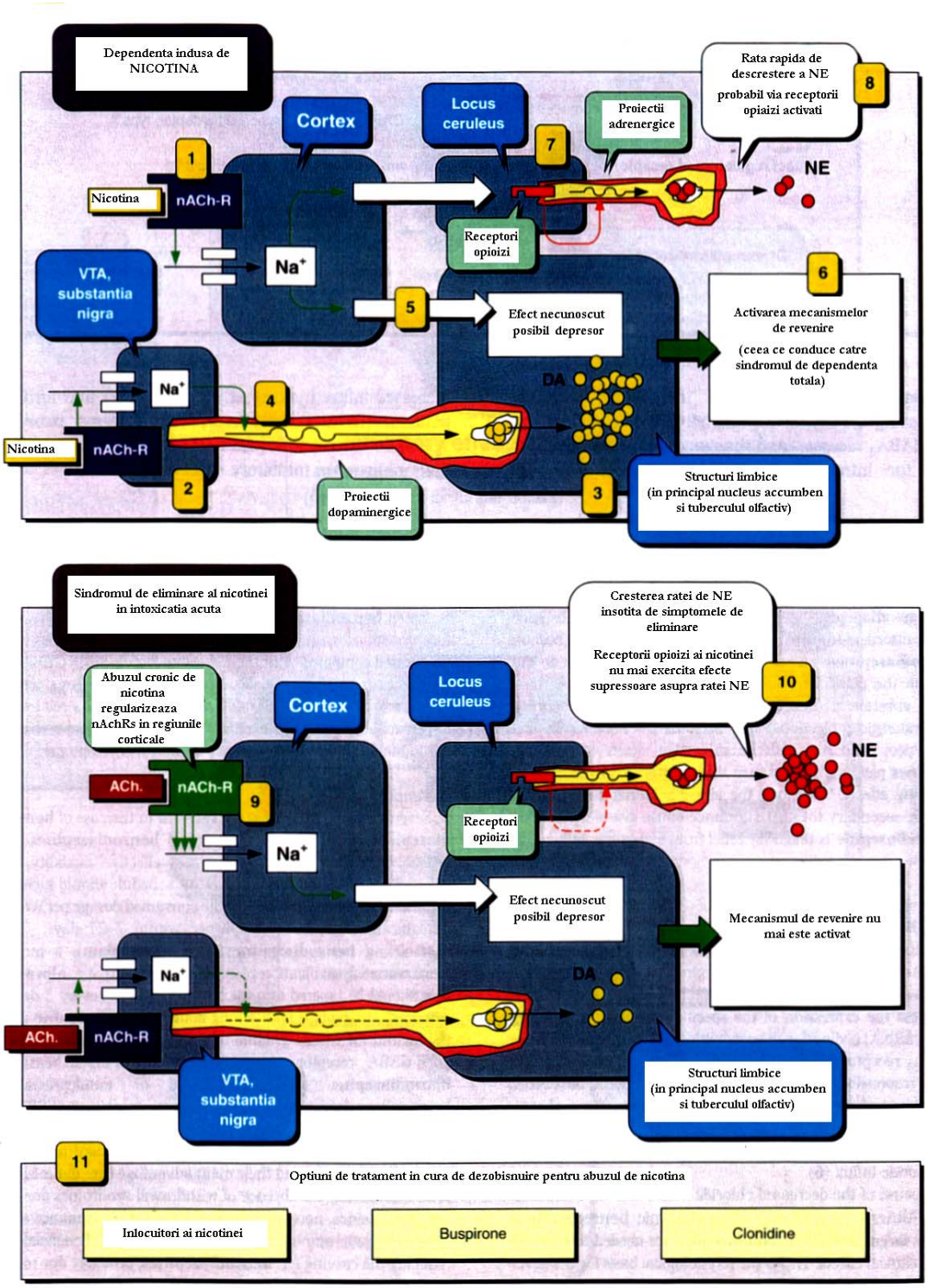
Schema 01 Efectele administrării PCP la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei, efectelor adverse şi opţiuni de tratament)



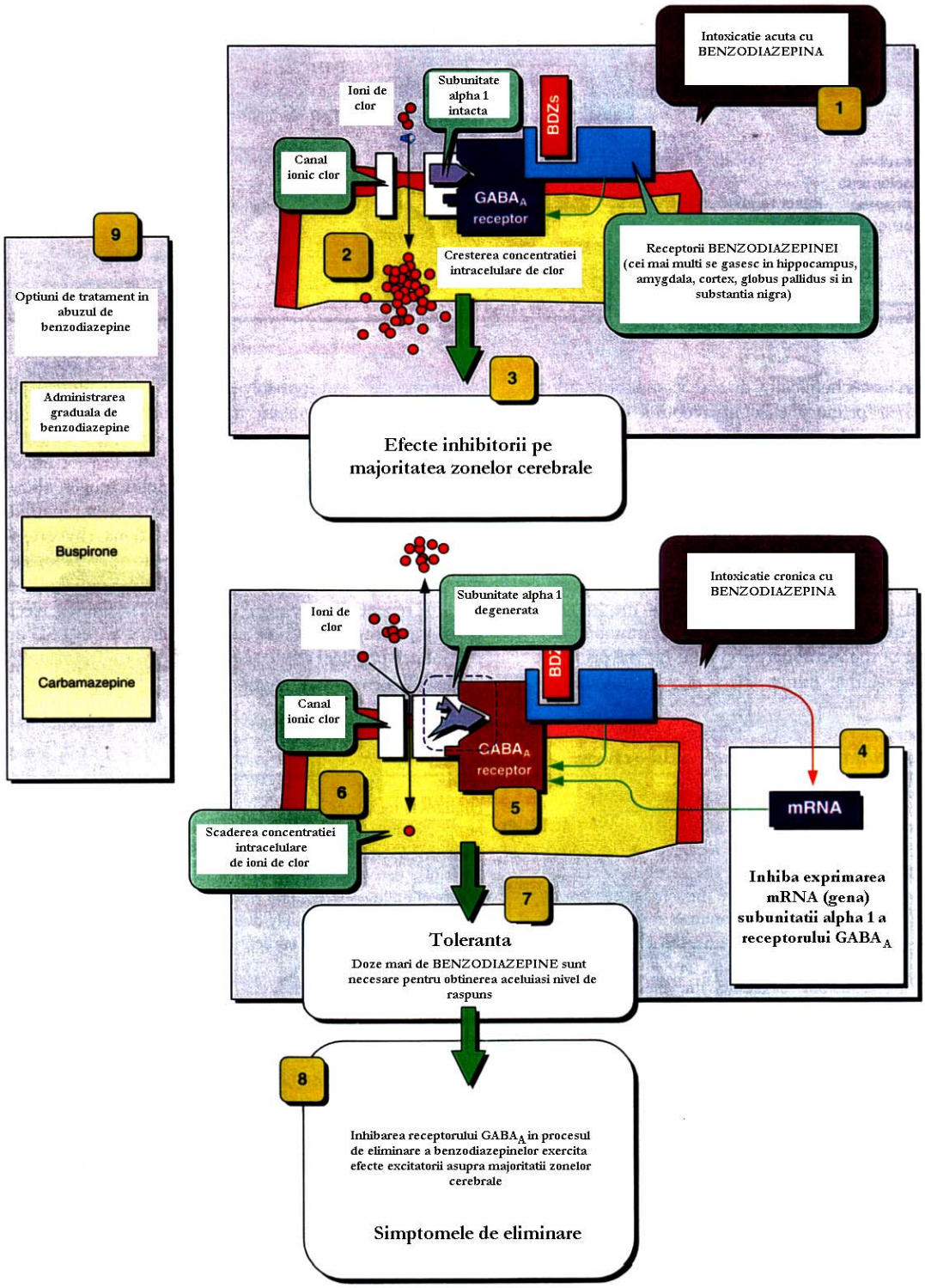
Schema 02 Efectele administrării alcoolului la nivelul SNC (aspecte anormale în intoxicaţia acută şi metode de tratament)



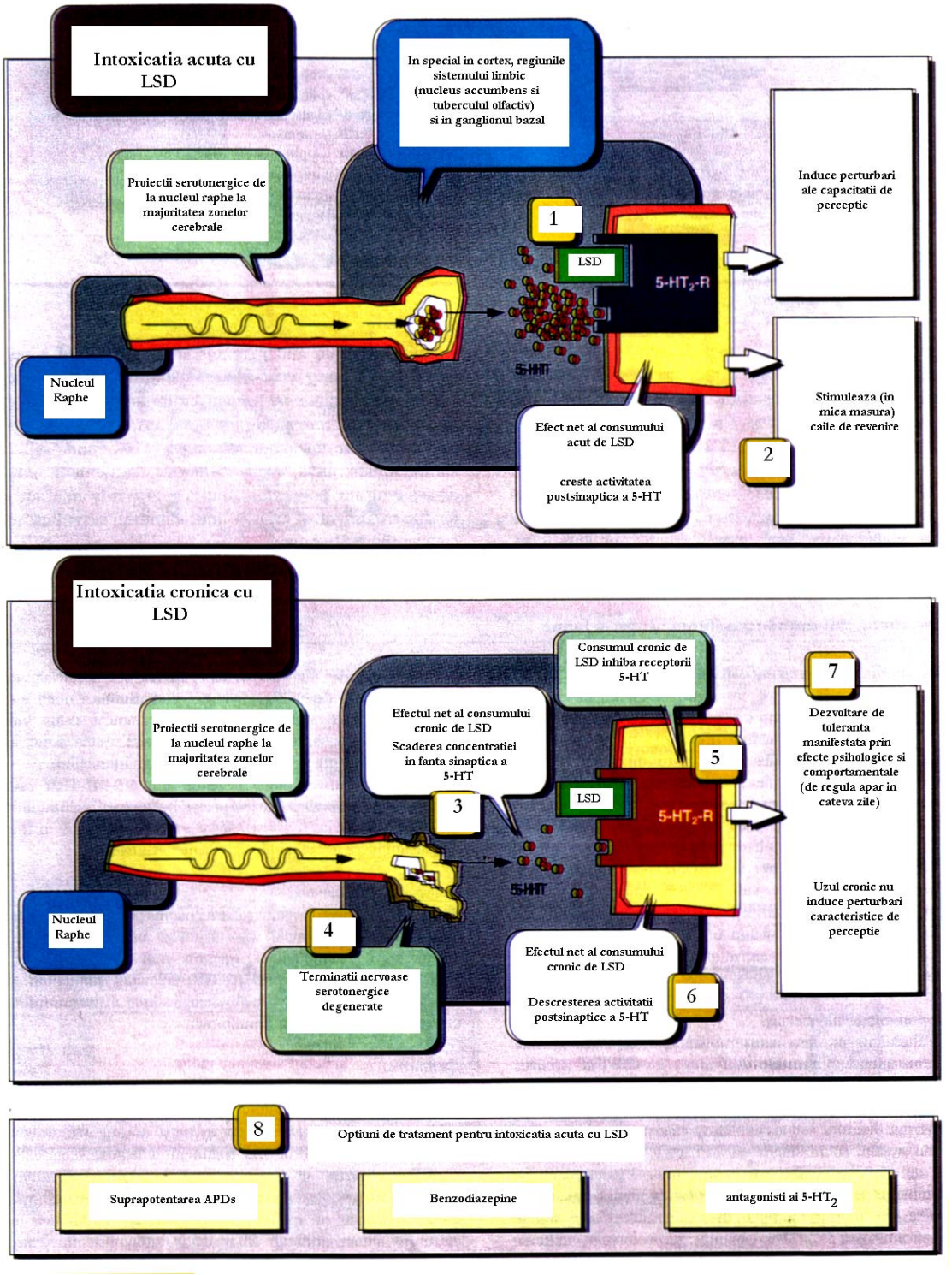
Schema 03 Efectele administrării nicotinei la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei, dispariţia simptomelor şi opţiuni de tratament)



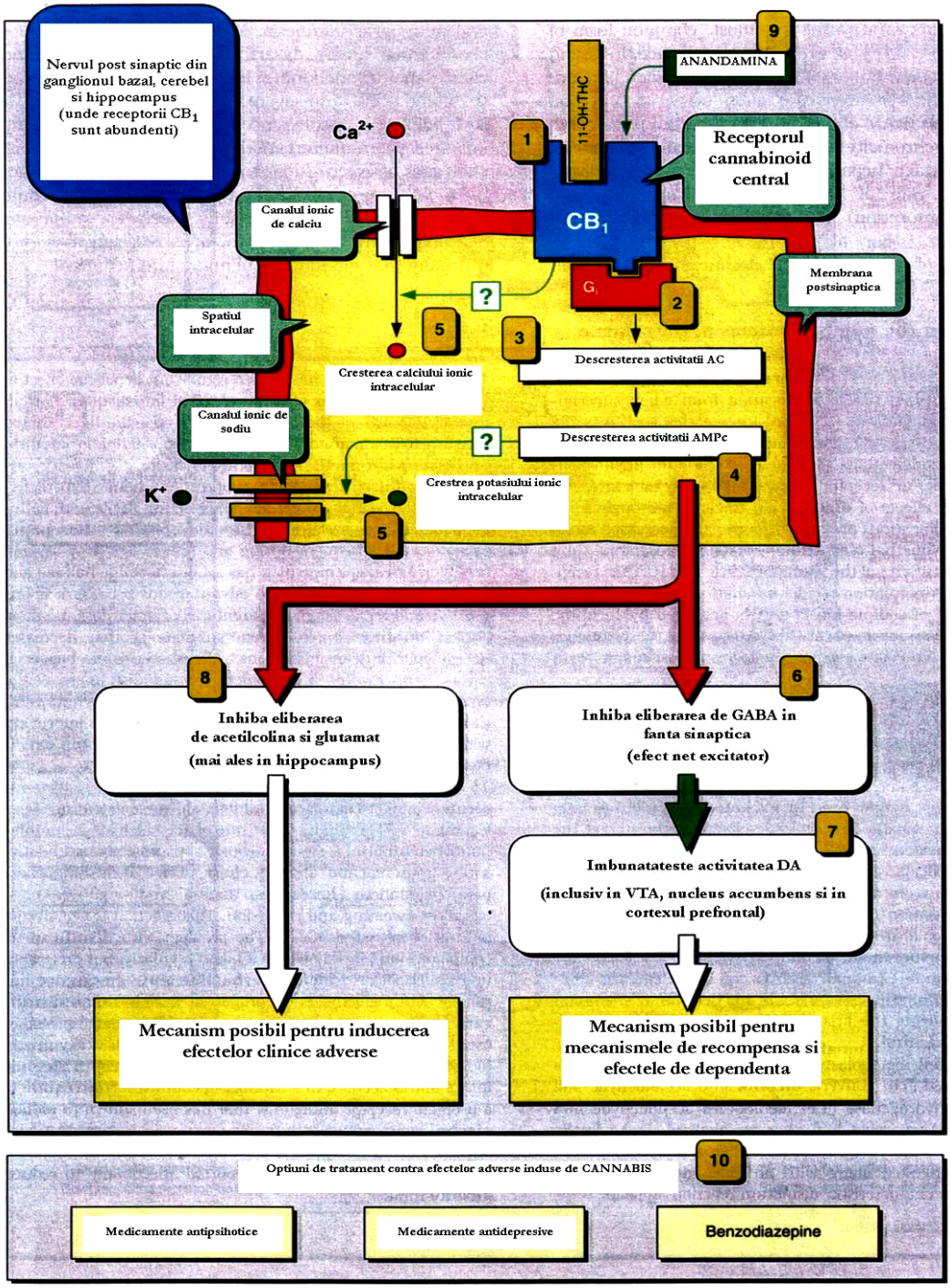
Schema 04 Efectele administrării BENZODIAZEPINELOR la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei, dispariţia simptomelor şi opţiuni de tratament)



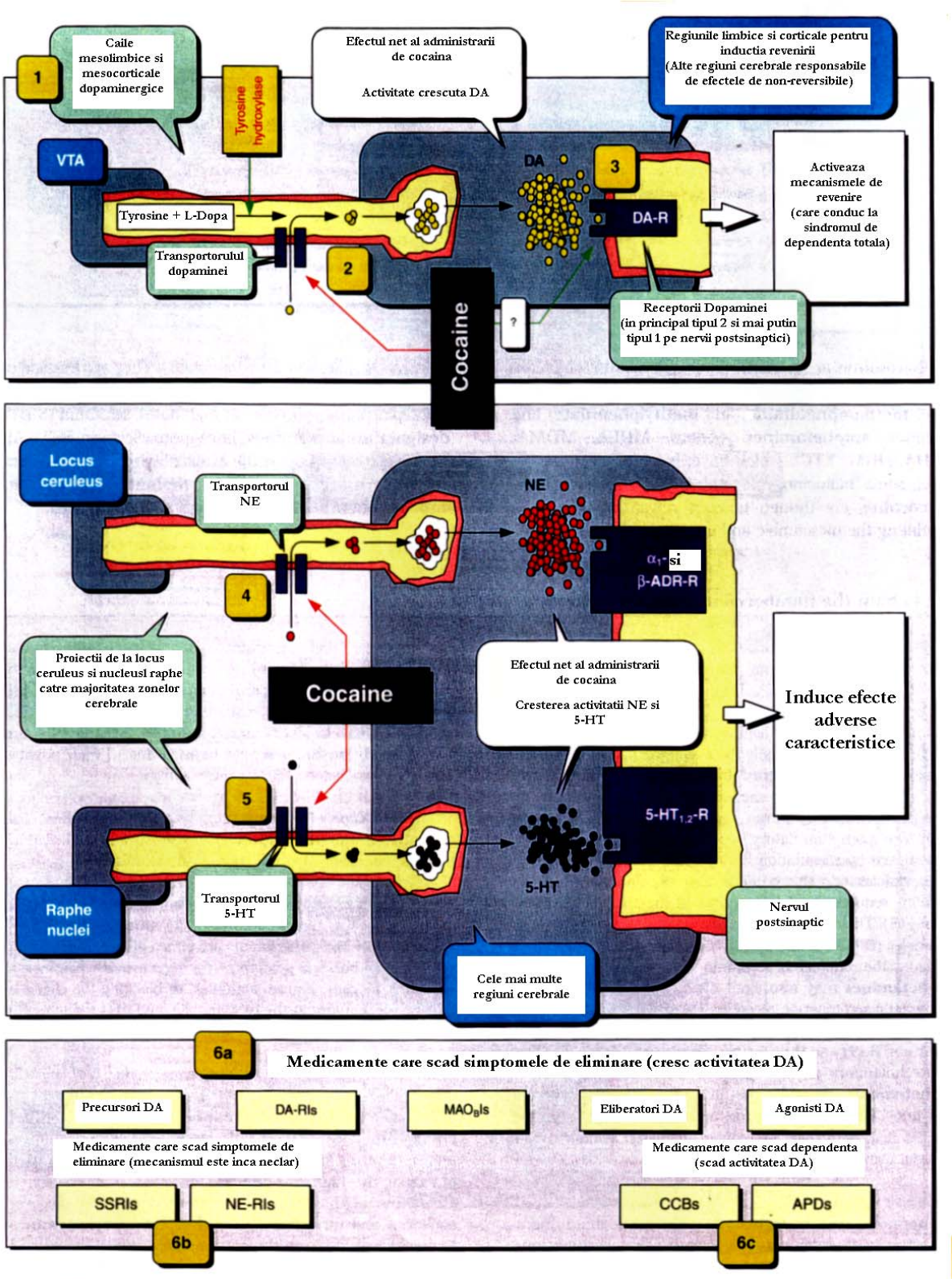
Schema 05 Efectele administrării de LSD (dietilamida acidului lisergic) la nivelul SNC (mecanisme de acţiune şi metode de tratament)



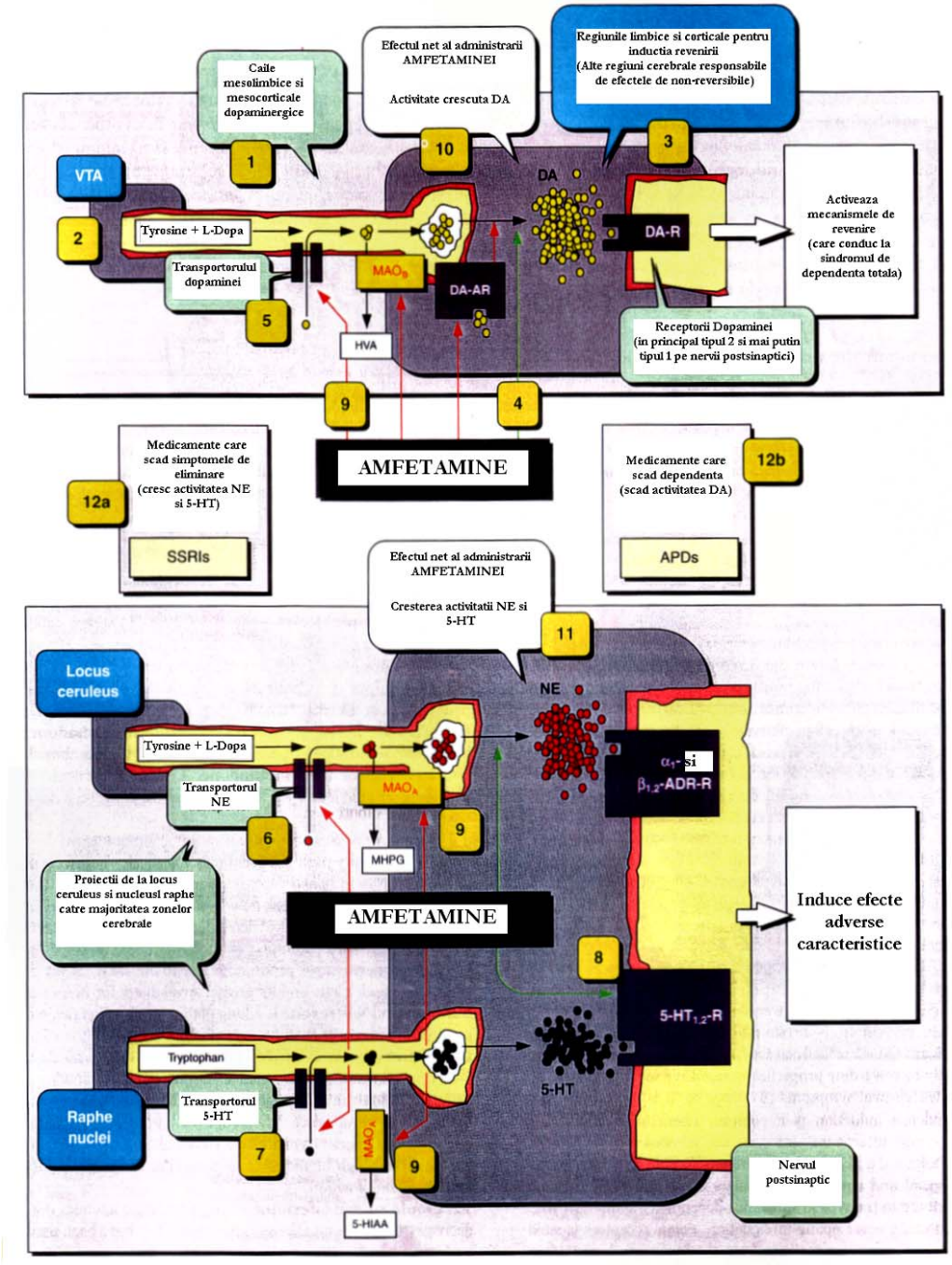
Schema 06 **Efectele administrării de CANNABIS la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei şi efecte adverse)**



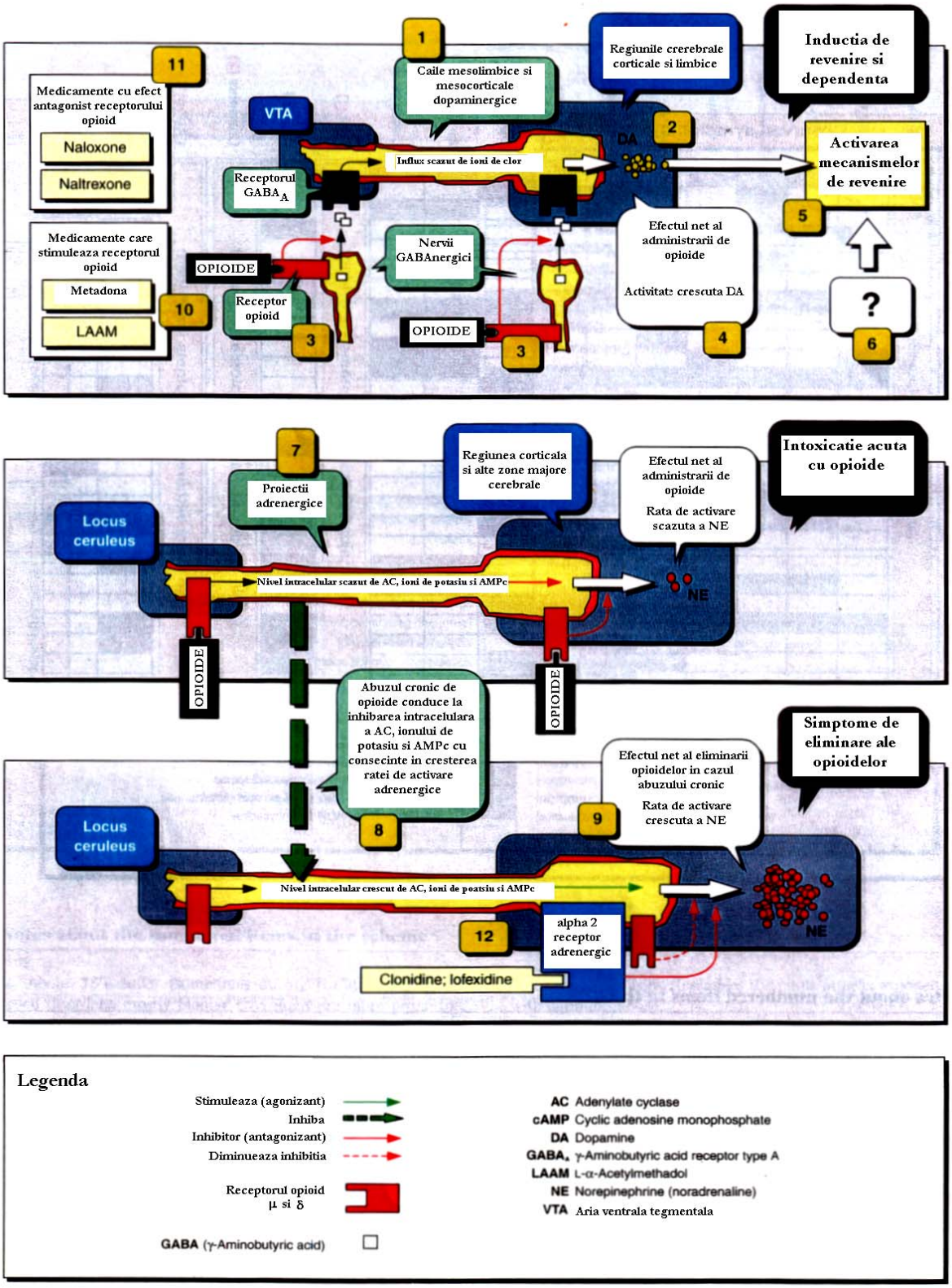
Schema 07 Efectele administrării COCAINEI la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei şi efecte adverse şi opţiuni de tratament)



Schema 08 Efectele administrării AMFETAMINEI la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei şi efecte adverse şi opţiuni de tratament)



Schema 09 Efectele administrării OPIOIDELOR la nivelul SNC (mecanism presupus pentru explicarea dependenţei şi efecte adverse şi opţiuni de tratament)



Bibliografie

1. Cristea Aurelia Nicoleta, ***Farmacologie generală***. EDP., Bucureşti, 1998.
2. Dobrescu D., ***Lucrări practice de farmacodinamie***. EDP, Bucureşti, 1967.
3. Dobrescu D., ***Substanţe blocante ale receptorilor beta-adrenergici***. Viaţa Medicală, 1969.16. 73
4. Dobrescu D., ***Farmacodinamia***. Ed.I., EDP., Bucureşti, 1998
5. Gheorghe Manole, ***Fiziopatologie clinică generală***. Editura Coresi, 2002, Bucureşti.
6. Ionescu-Vaio M., Dimitriu Gh, Deliu Cornelia, ***Biologie celulară***. EDP., Bucureşti, 1981. **Prelipceanu D., Voicu V., *Abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive*.** Manual pentru studenţii în medicină şi medicii rezidenţi psihiatri. Editura InfoMedica, Bucureşti, 2004,
7. Stroescu Valentin, ***Bazele farmacologice ale practicii medicale***. Ed. Medicală, Bucureşti, 2001.
8. Valette G., ***Precis de Pharmacodynamie***. Masson, Paris, 1964.
9. Vasile D., Gheorghe M.D., Voicu V., ***Dependenţa de heroină*.** Editura Amaltea, Bucureşti, 2001.
10. Wagner J.G., ***Biopharmaceutics and relevant pharmacokinetics***, Drug Intellig. Publ., Hamilton, 1971.
11. *** ***Memomed 2003***, Editura Minesan, Ed. A IX-a, 2003

ASPECTE DIN LABORATOR

APARATURA UTILIZATĂ ÎN CADRUL SPITALULUI DE URGENȚĂ „FLOREASCA” PENTRU DEPISTAREA CONSUMULUI DE SUBSTANȚE ACTIVE ŞI INTERVENȚIE ÎN CAZURI DE RISC

Figura 1a: VARIAN GC STAR 3600 CX
Injector, model SPI 1078
MS, SIS, EI, SECI, MICI

Figura 1b: VARIAN Crompack GC 3800
Injector, model SPI 1079
MS/MS, MS, SIS, EI, SECI, MICI

Sisteme computerizate GC/MS/MS/ VARIAN SATURN 2000

Autosampler Varian 8200 CX; coloană capilară DB5, 30m, 0.25 ID, film 0,25µm,

Linie de transfer de 22 cm

Ion trap detector – filtru de masă

Gaz purtător Heliu 5.0

Biblioteci de spectre PMW, NIST 98 şi Wiley 6

©Imagini din Laboratorul de Toxicologie, Spitalul de Urgenţe - Floreasca

Figura 1: **SISTEM COMPUTERIZAT GC/MS/VARIAN: SATURN 3**

VARIAN GC STAR 3400 CX

©Imagine din laboratorul de toxicologie, Spitalul de Urgenţe - Floreasca

Injector, model SPI 1093, autosampler 8200; coloană capilară db 5, 30 m, 0.25 ID, film 0,25 m

Linie de transfer de 22 cm; Ion Trap Detector – filtru de masă

MS, SIS, EI, SECI, MICI; Gaz purtător: Heliu 5.0

Biblioteci de spectre PMW, NIST 98 şi Wiley 6

©Imagine din laboratorul de toxicologie, Spitalul de Urgenţe - Floreasca

Figura 2: ASPECTE DIN LABORATORUL DE TOXICOLOGIE, SPITALUL DE URGENȚE - FLOREASCA

Comentariu: Determinarea analitică a subsatnţelor de abuz din produse biologice a devenit o cerinţă curentă pentru laboratorul de toxicologie analitică. Testele pentru substanţele de abuz cuprind două tipuri de proceduri analitice şi anume **testele de identificare** şi **testele de confirmare**. Testele de depistare sunt rapide şi simple pe când testele de confirmare reduc numărul de rezultate fals pozitive. GC/MS reprezintă metoda standard de referinţă pentru confirmarea analizelor toxicologice. Probele biologice sunt supuse unor proceduri de extracţie şi proceare specifice de toxicologie analitică. Matricea astfel obţinută este foarte complexă şi conţine, pe lângă substanţele de interes şi alte substanţe prezente în proba biologică. În foarte multe situaţii, celelalte substanţe obţinute simultan cu substanţele de abuz cu sau metaboliţii acestora, pot să interfereze cu acestea sau să ridice foarte mult zgomotul de fond al aparatelor. Extracţia lichid-lichid este folosită pentru aalize de urgenţă şi pentru „analize în general necunoscute" deoarece substanţele cu proprietăţi fizico-chimice diferite sunt izolate în matrici heterogene. Mai mult decât atât, informaţiile despre medicamente/toxice şi/sau metaboliţii lor din probă pot fi obţinute prin utilizarea acestor metode. Probele biologice se aleg şi funcţie de analiza toxicologică ce urmează a fi efectuată. Trebuie ţinut cont că în plasmă concentraţiile medicamentelor şi/sau a metaboliţilor acestora sunt relativ scăzute. De cele mai multe ori însă pentru determinări cantitative se utilizează plasma. Însă, în urină concentraţia este relativ crescută. De regulă acest ultim tip de probă este preferată pentru identificarea medicamentelor sau a toxicelor necunoscute. Aspiratul gastric, lichidul de vărsătură sau de spălătură gastrică au concentraţii mari de compus dar aceste tipuri de probe sunt utilizate numai după intoxicaţii acute orale când recoltarea se face la scurt timp de la ingestie.

Metodologia şi tehnicile utilizate, instrumentele, echipamentele, constau în:

- metode moderne (GC-MS, GC-MS/MS) de identificare şi dozare plasmatică a unor compuşi toxici şi/sau a unor metaboliţi ai acestora implicaţi în intoxicaţiile acute;
- metode moderne de lucru specifice identificărilor şi dozării analitice;
- sticlărie şi vase de laborator pentru extracţie lichid-lichid, extracţie în fază solidă, SPME, micropipete, dispencere;
- sistem de agitare, încălzire; sistem de centrifugare Eppendorf Centrifuge 5416;
- sistem de uscare (etuvă);
- balanţe analitice Precisa 40SM-200A; balanţă farmaceutică Scaltec;
- analizor optic UNISCAN II;
- aparat pentru apă deionizată Maxima Analytic USF Elga;
- aparat de echilibru acido-bazic ABL 625 Radiometer

Figura 3: APARAT DE VENTILAȚIE MECANICĂ ŞI MONITOR

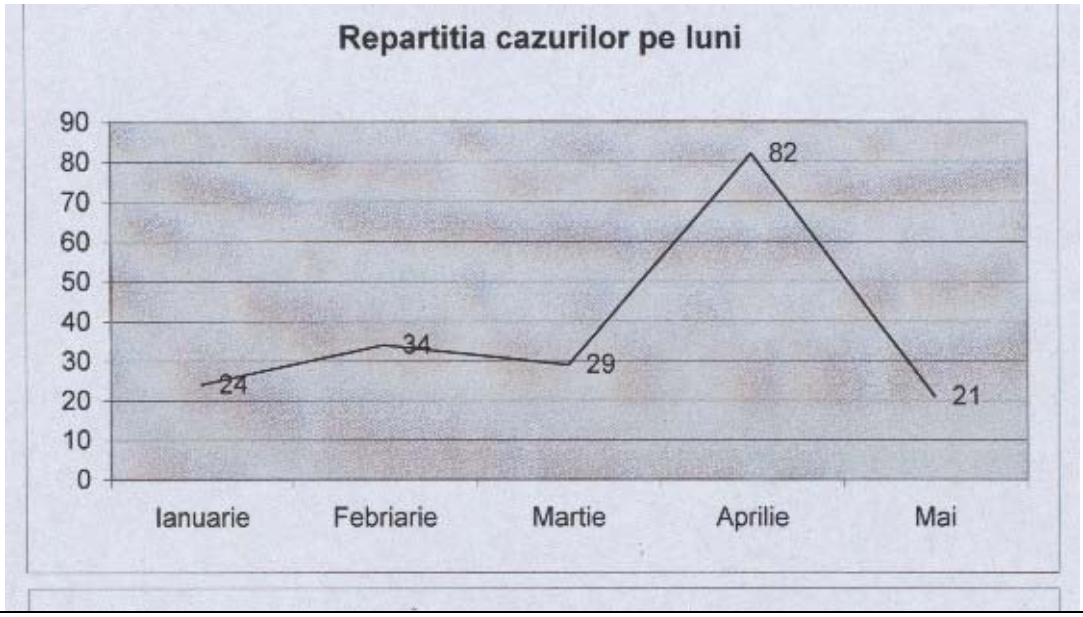
©Imagine din laboratorul de toxicologie, Spitalul de Urgenţe - Floreasca

Figura 4: APARATURĂ DE VENTILAȚIE ŞI MONITORIZARE DIN CAMERA DE INTERNARE

©Imagine din laboratorul de toxicologie, Spitalul de Urgenţe - Floreasca

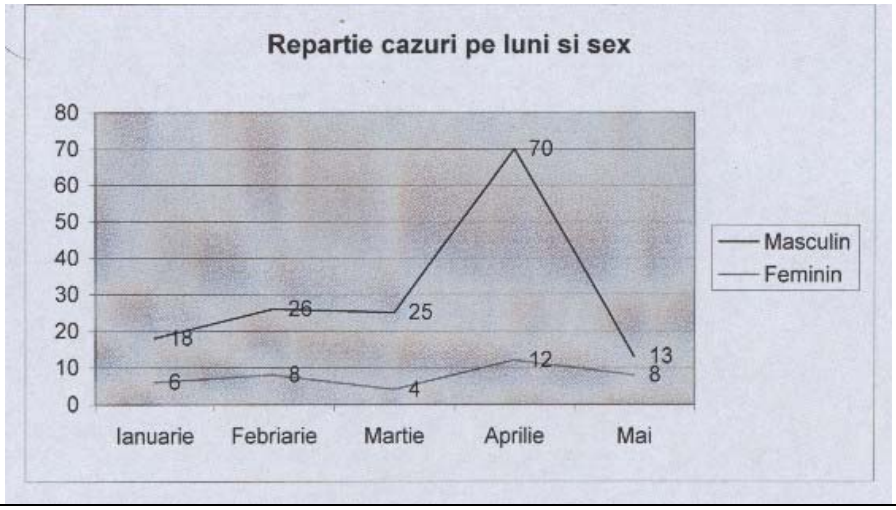
EXPERIENȚA ŞTIINȚIFICĂ PROPRIE A AUTORILOR

Pe parcursul proiectului s-au realizat analize statistice pe lotul de subiecți selectat în mod aleator. Prezentăm câteva date concludente despre structura eşantionului. Din motive de etică şi deontologie nu avansăm cu descrierea datelor subiecților.

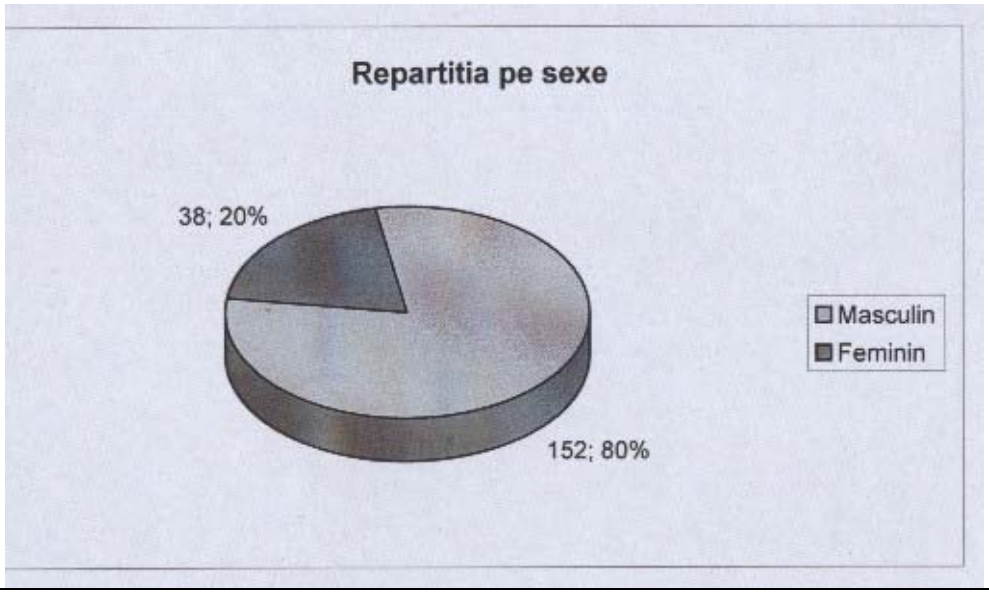


Graficul 1: Repartitia cazurilor pe luni:

Se contata ca in primele 5 luni ale anului repartitia cazurilor se pastreaza contanta cu exceptia lunii aprilie (43% din totalul prezentarilor).

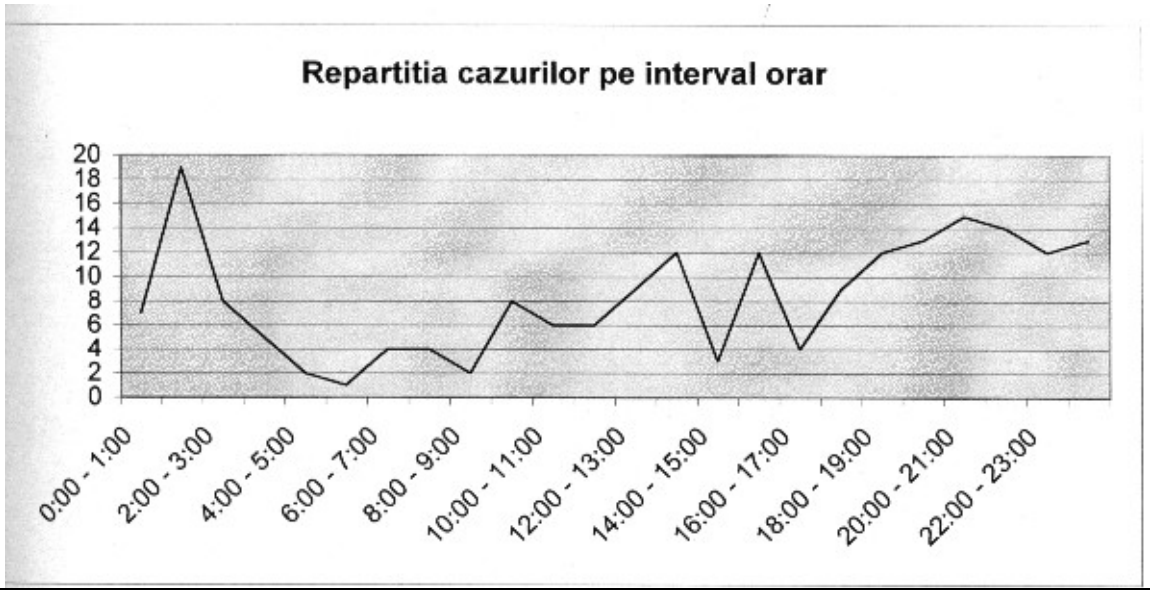


Graficul 2: Repartitia cazurilor pe luni si sex:



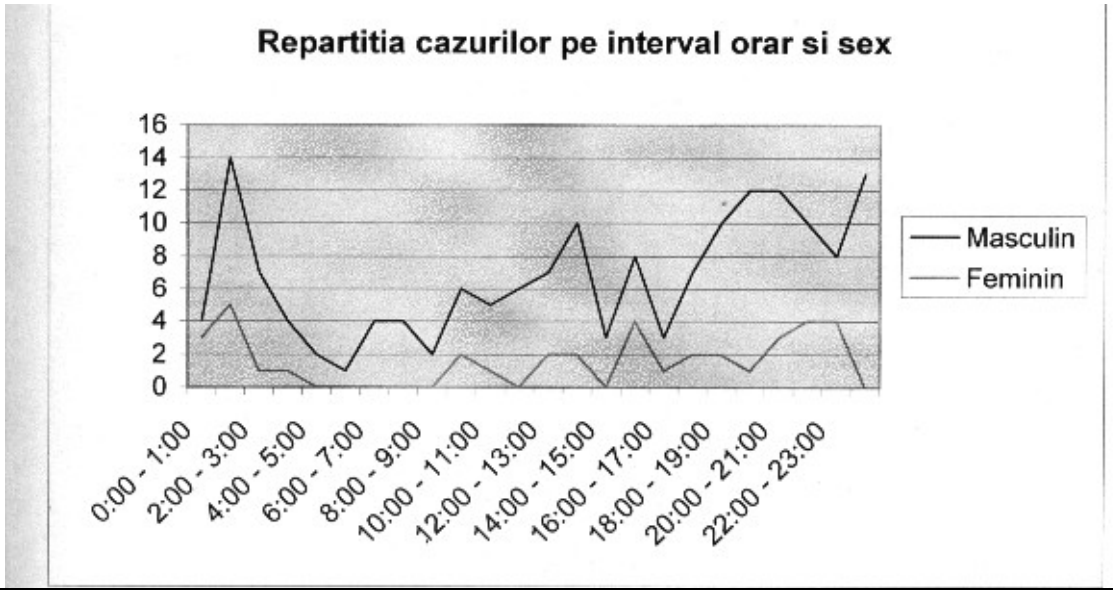
Graficul 3: Repartitia după variabila sex:

Majoritatea cazurilor studiate sunt de sex masculin (80%) fata de cele de sex feminin care detin o pondere de numai 20%.

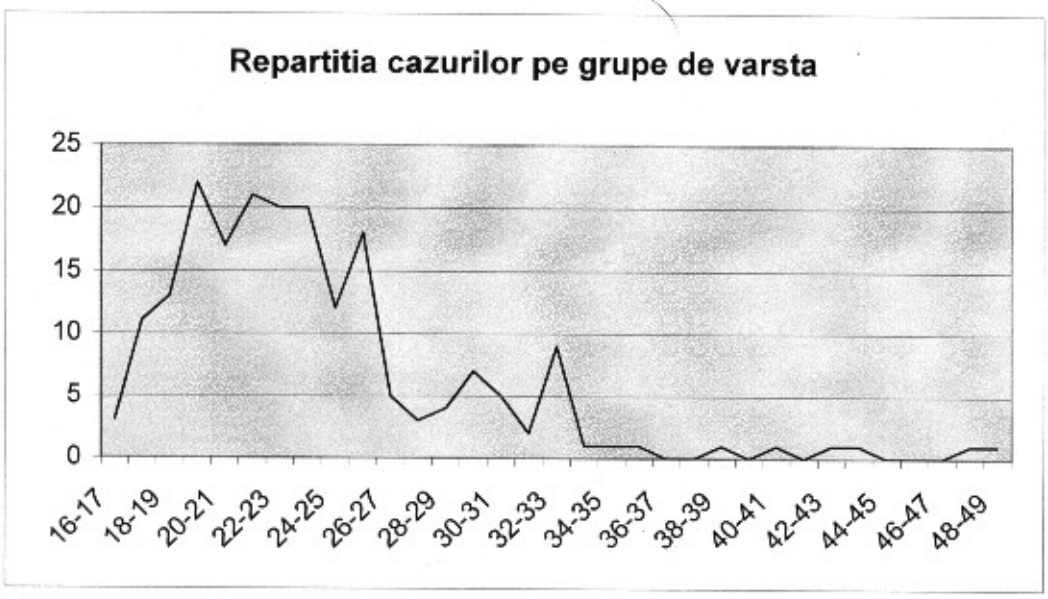


Graficul 4: Repartitia cazurilor interval orar:

Intervalul orar cu ponderea cea mai mare de prezentare a cazurilor o detine intervalul 1.00- 2.00, urmat de intervalul orar 21.00- 22.00.

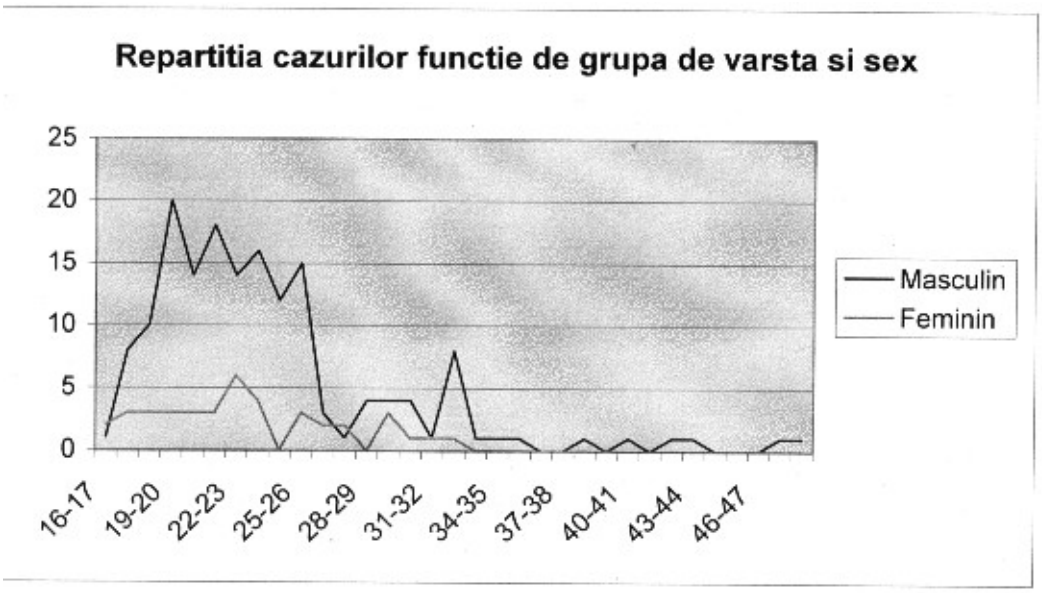


Graficul 5: Repartitia cazurilor interval orar si sex

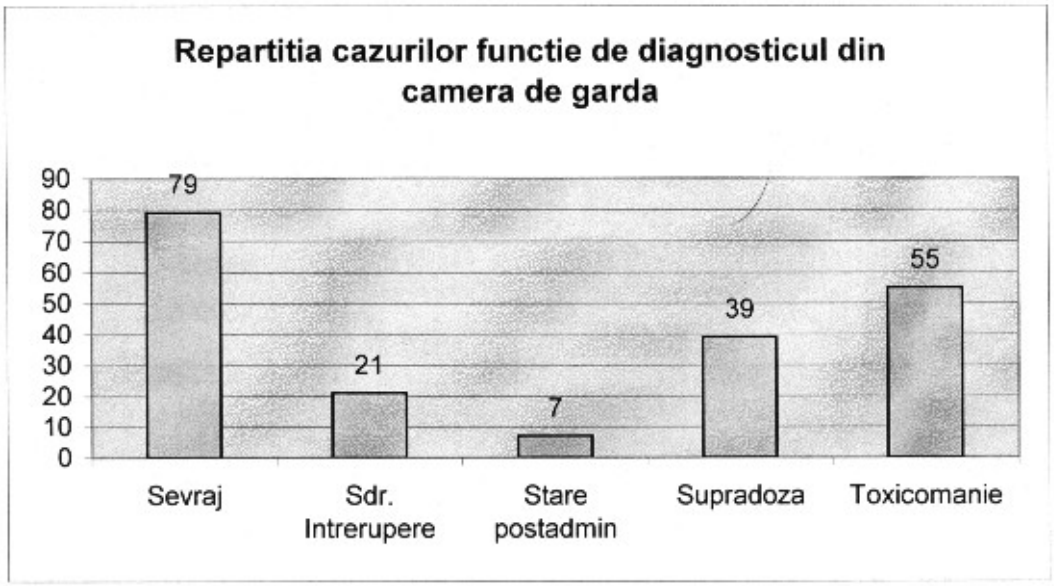


Graficul 6: Repartitia cazurilor pe grupe de varsta:

Se constata ca ponderea cea mai mare a varstei cazurilor prezentate este detinuta de domeniul 21-27 de ani.

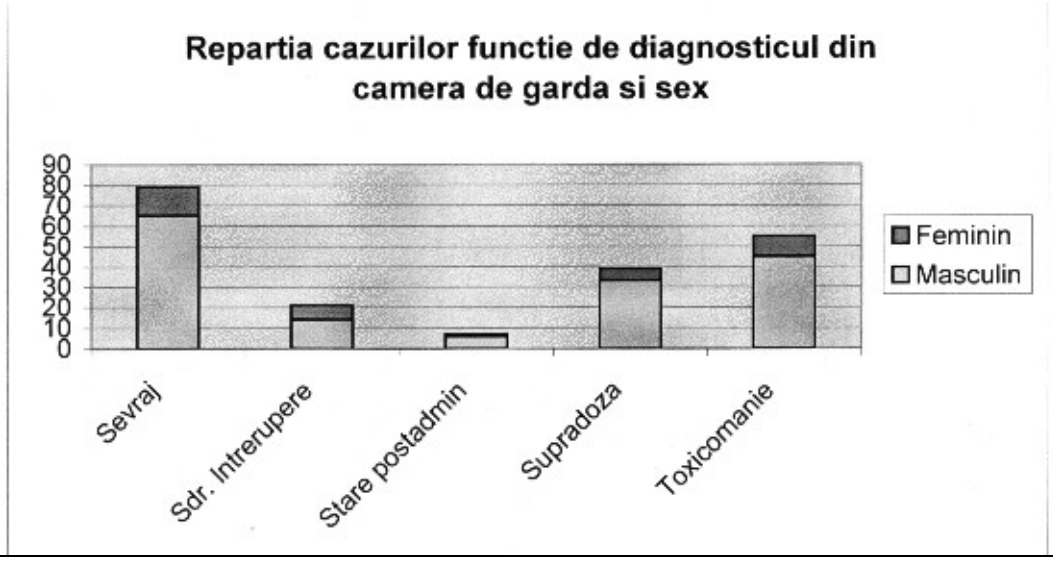


Graficul 7: Repartitia cazurilor pe grupe de varsta si sex:



Graficul 8: Repatitia cazurilor functie de diagnosticul din camera de garda:

Din totalul cazurilor prezentate, functie de diagnosticul din camera de garda, se constata ca se prezinta cu: 39.3% sevraj, 27.4% toxicomanie, 19.4% supradozaj, 10.4% sindrom de intrerupere si numai 3.5% stare postadministrare.



Graficul 9: Repatitia cazurilor functie de diagnosticul din camera de garda si sex:

Ponderea cea mai mare functie de diagnosticul din camera de garda o detin cazurile de sex masculin.

Pentru a fi concludentă lucrarea noastră redăm în această secţiune câteva diagrame obţinute în urma analizelor pe subiecţii lotului nostru

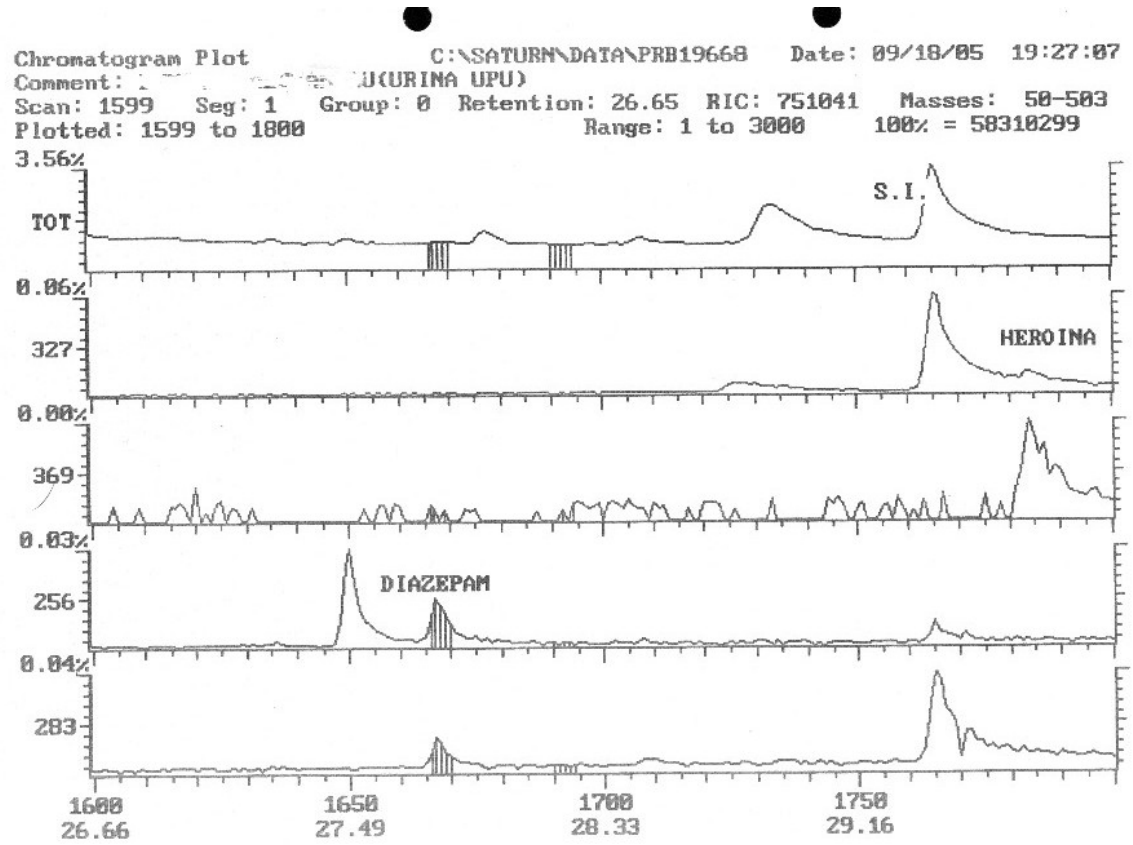


Fig. nr.1

Este prezentat un segment din cromatograma totala obtinută pe un sistem GC/MS prin injectarea unei probe de urină, pozitivă pentru heroină si diazepam.

In cromatograma se poate observa picul cromatografic corespunzător standardului intern, S.I. iar în pozitiile 2 si 3 este pusă în evidentă prezenta heroinei (2AC morfină), caracterizată spectral de liniile m/z = 327, ca linie spectrală de bază si de m/z =369 ca linie spectrală a ionului de masă moleculară.

In pozitiile 4 si 5 este pusă in evidentă prezenta diazepamului, cu masa moleculară 284 si caracterizat spectral de linia spectrală a ionului molecular m/z= 284 si de linia spectrală de bază m/z= 256.

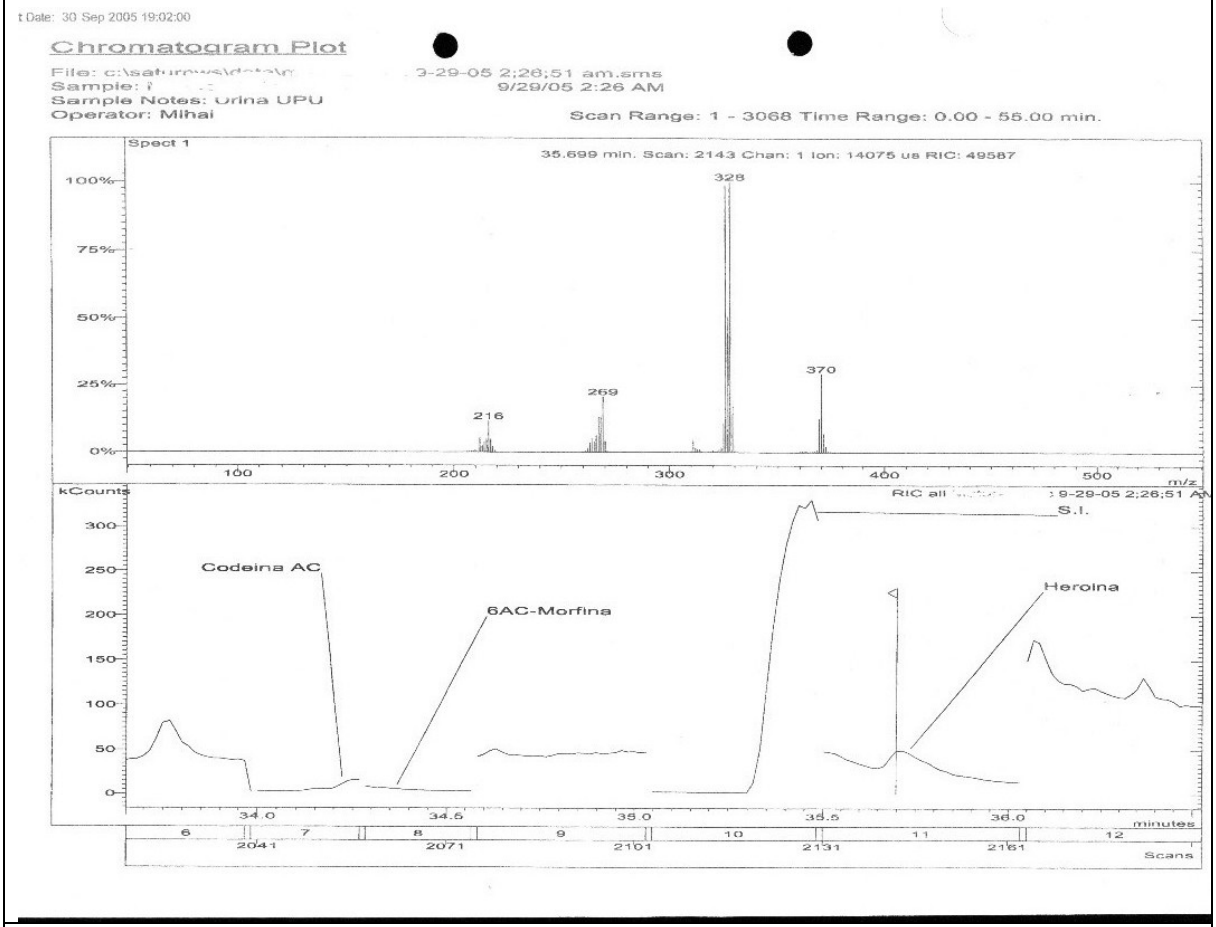


Fig nr. 2

Este prezentat un segment din cromatograma totală obtinută în urma analizării unei probe de urină, in modul SIS (Selected Ion Storage) pentru cateva substante de abuz si anume codeină AC, 6 AC Morfină (metabolitul de heroină) si heroina ca atare.

In pozitia 1 este prezentat spectrul obtinut la scanul 2143, caracteristic heroinei, iar in pozitia 2 sunt prezentate segmentele de SIS pentru substantele enumerate mai sus.

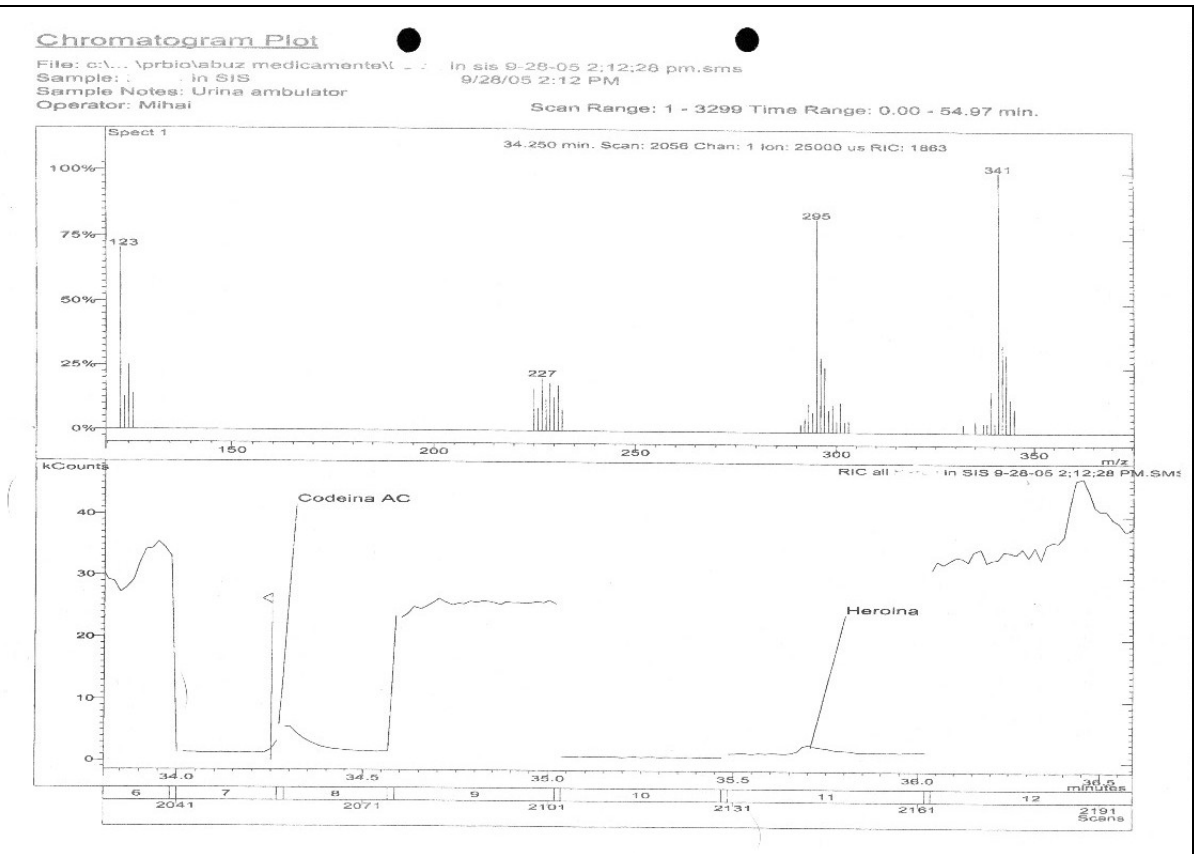


Fig. nr. 3

Un segment din cromatograma totală obtinută in urma analizării unei probe de urină, in modul SIS (Selected Ion Storage) pentru codeine AC si heroina ca atare.

In pozitia 1 este prezentat spectrul obtinut la scanul 2056, caracteristic codeinei AC (m/z= 341 si m/z= 295), iar in pozitia 2 sunt prezentate segmentele de SIS pentru substantele enumerate mai sus

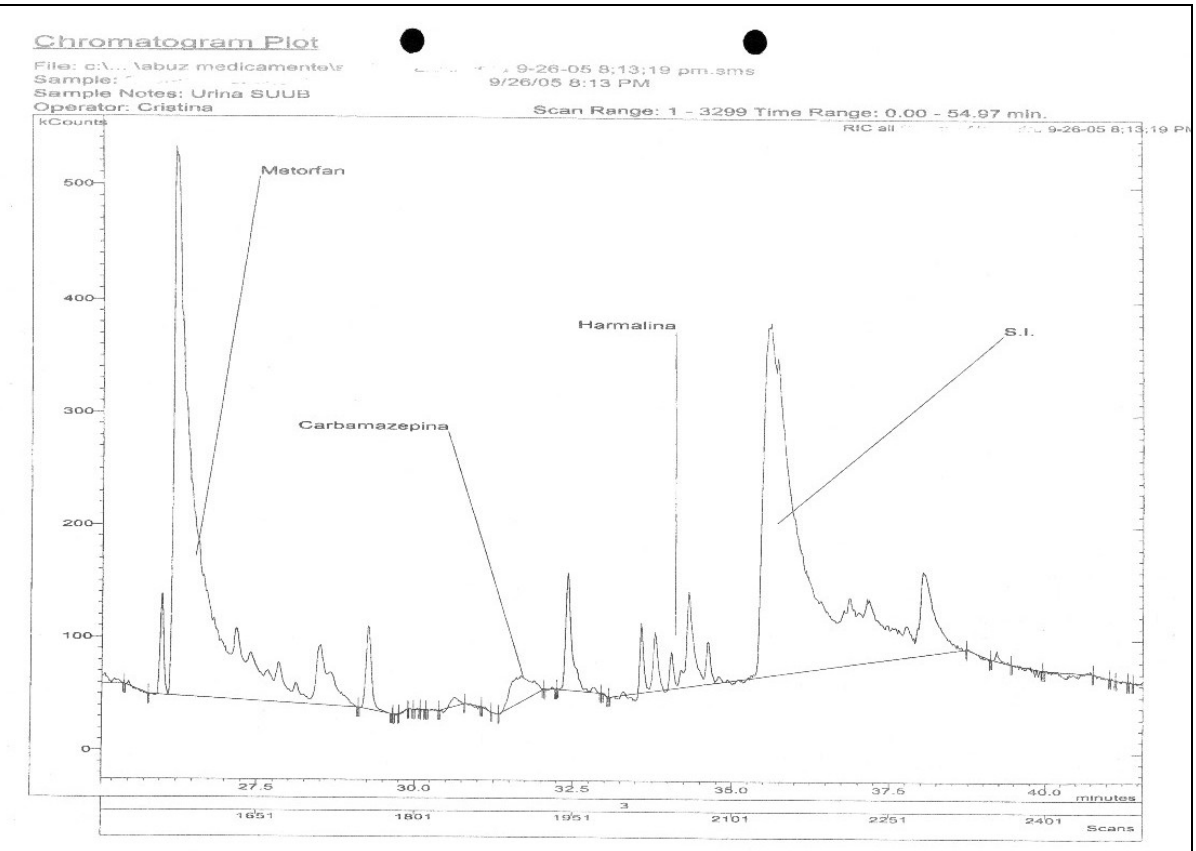


Fig.nr. 4

Un segment din cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS. Proba respectivă este pozitivă pentru următoarele substante: **Metorfan, Carbamazepină, Harmalină**. Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I..

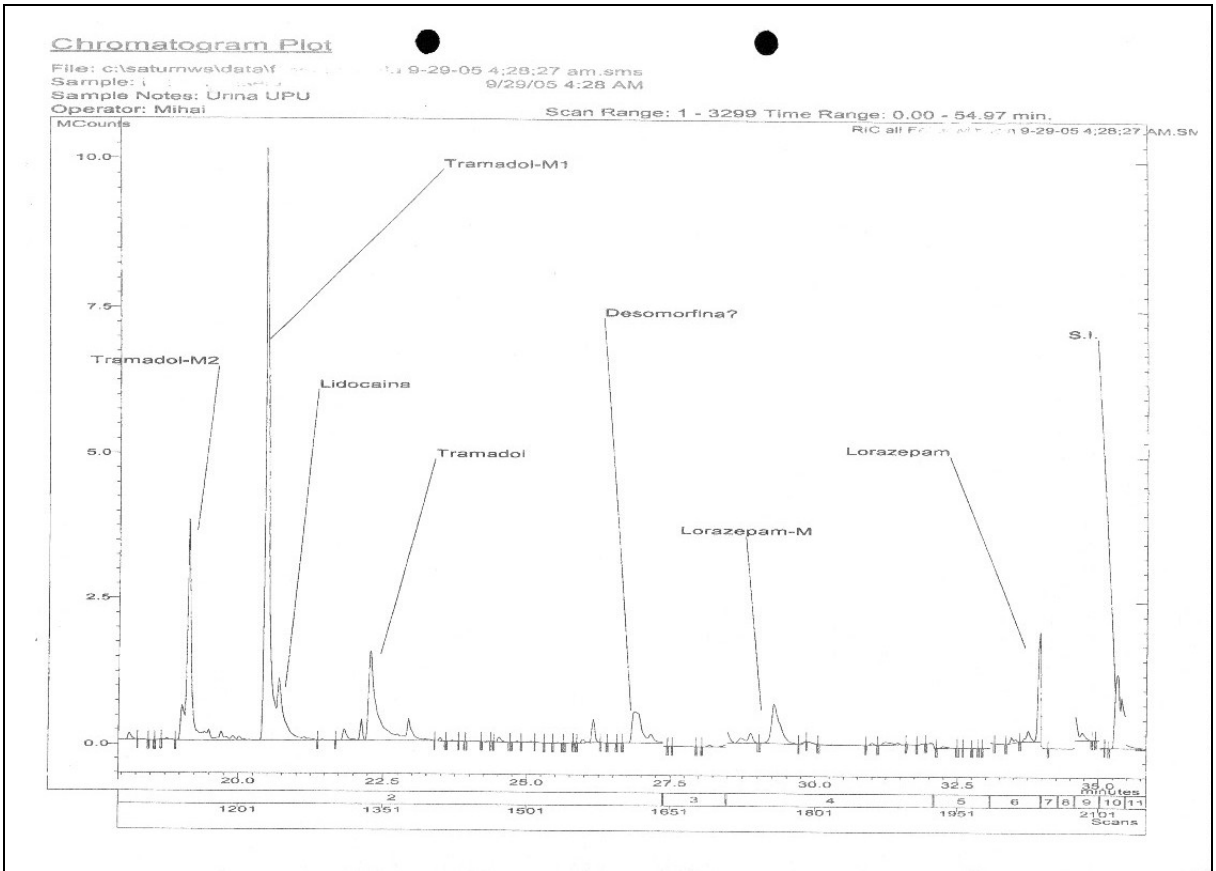


Fig nr. 5

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS.

Proba respectivă este pozitivă pentru următoarele substante: **Tramadol** (cu doi metaboliti prezenti, M1 si M2, dar si ca substanta ca atare) **Lidoicainã, Lorazepam** (atât ca substanta activă cât si metabolizat) dar si o substantă pentru care operatorul nu a avut totală certitudine asupra prezentei ei, **Desmorfina**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

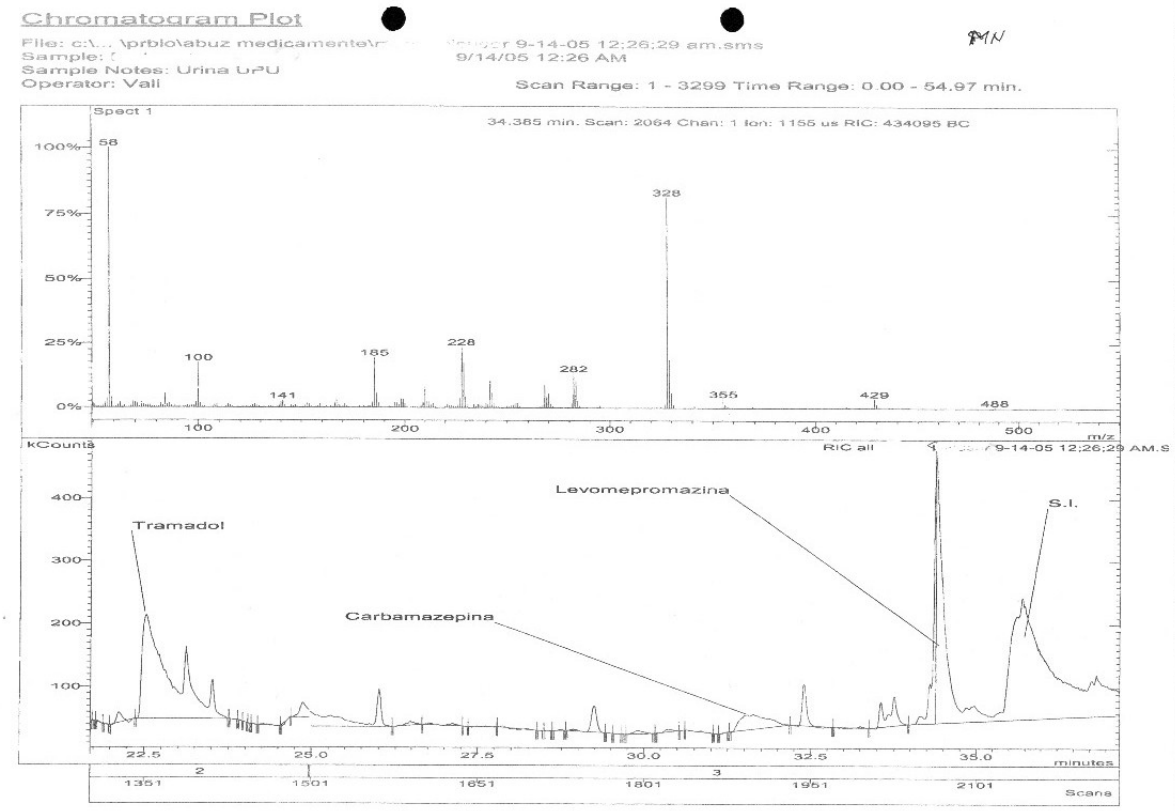


Fig nr. 6

Cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS.

Proba respectivă este pozitivă pentru următoarele substante: **Tramadol, Carbamazepină** si **Levomepromazină** (caracterizată spectral de m/z= 328 si m/z= 58).

Este pus în evidentă si picul de standard intern,S.I. .

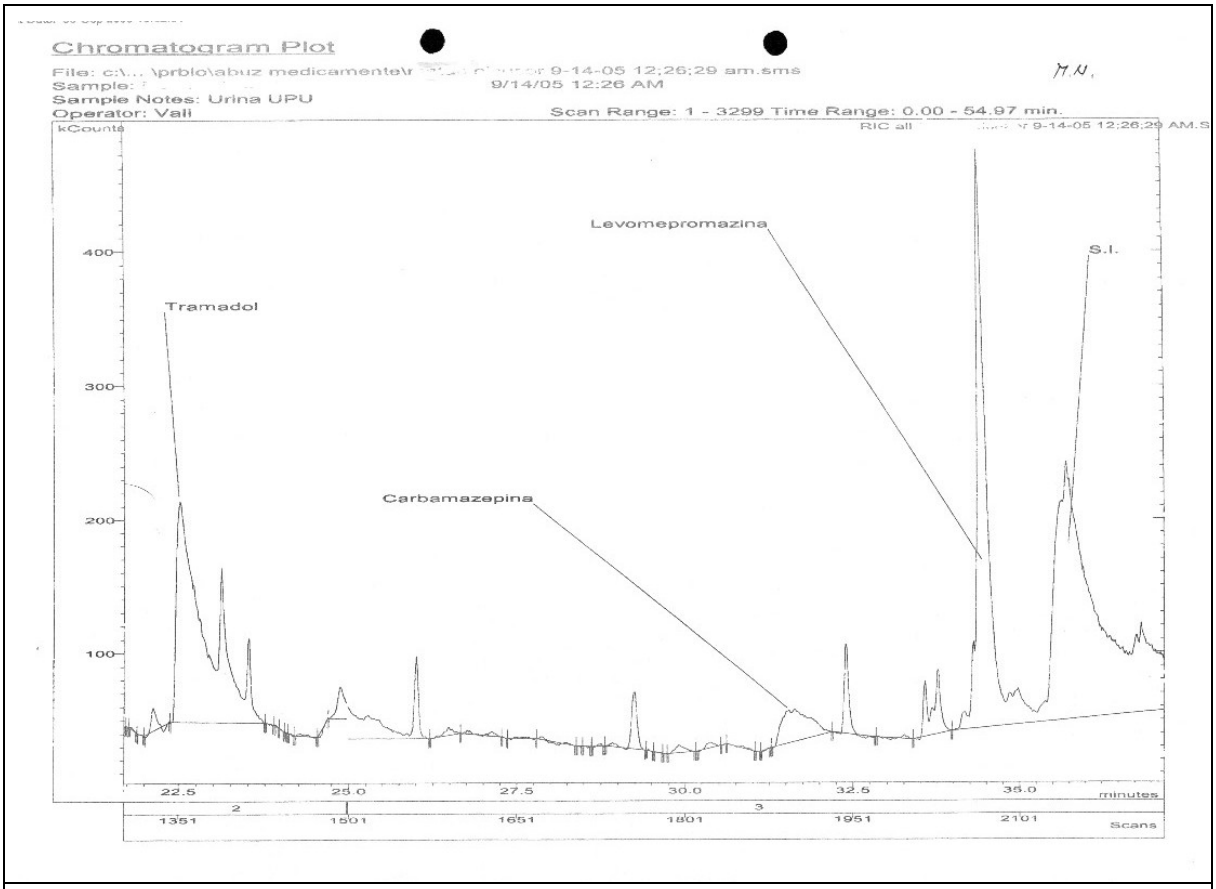


Fig nr. 7

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS.

Proba respectivă este pozitivă pentru următoarele substante: **Tramadol, Carbamazepină** si **Levomepromazină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern,S.I.

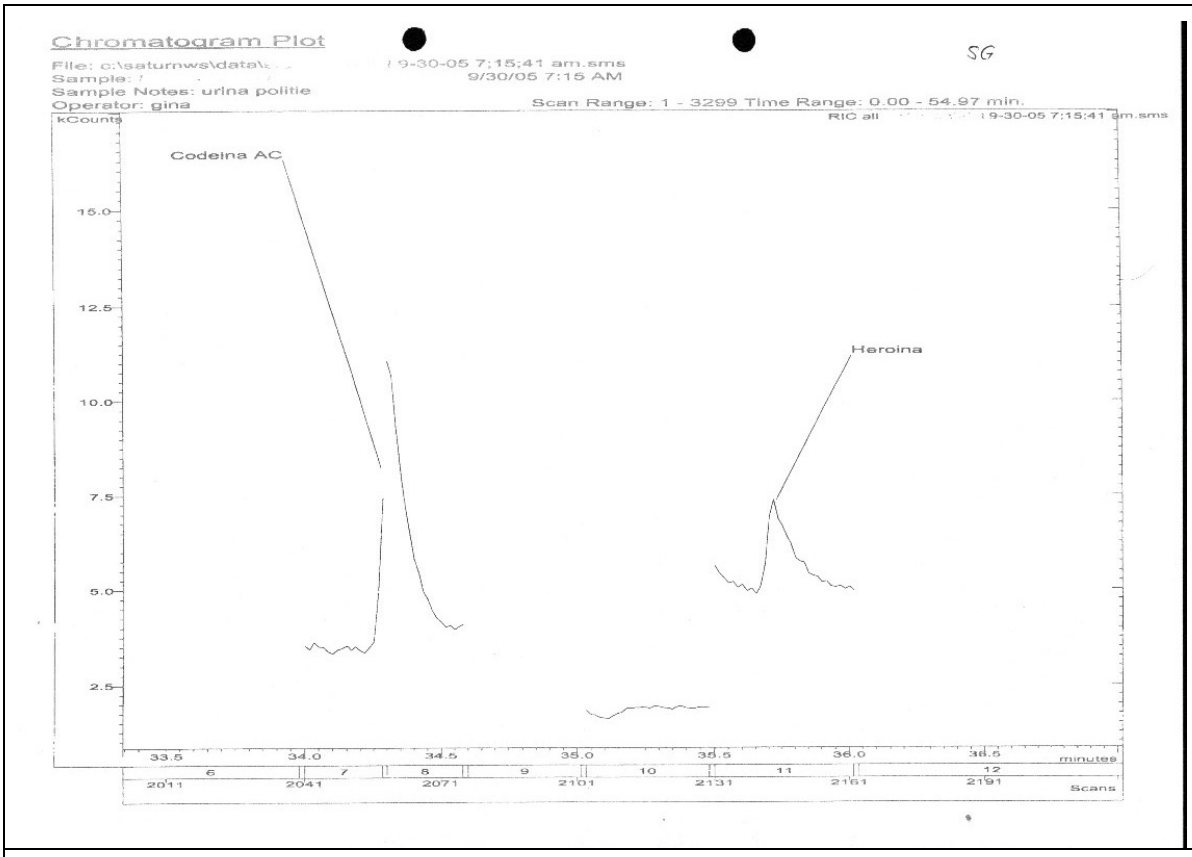


Fig nr. 8

Picurile din cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS care pun în evidentă prezenţa Codeinei AC si a Heroinei.

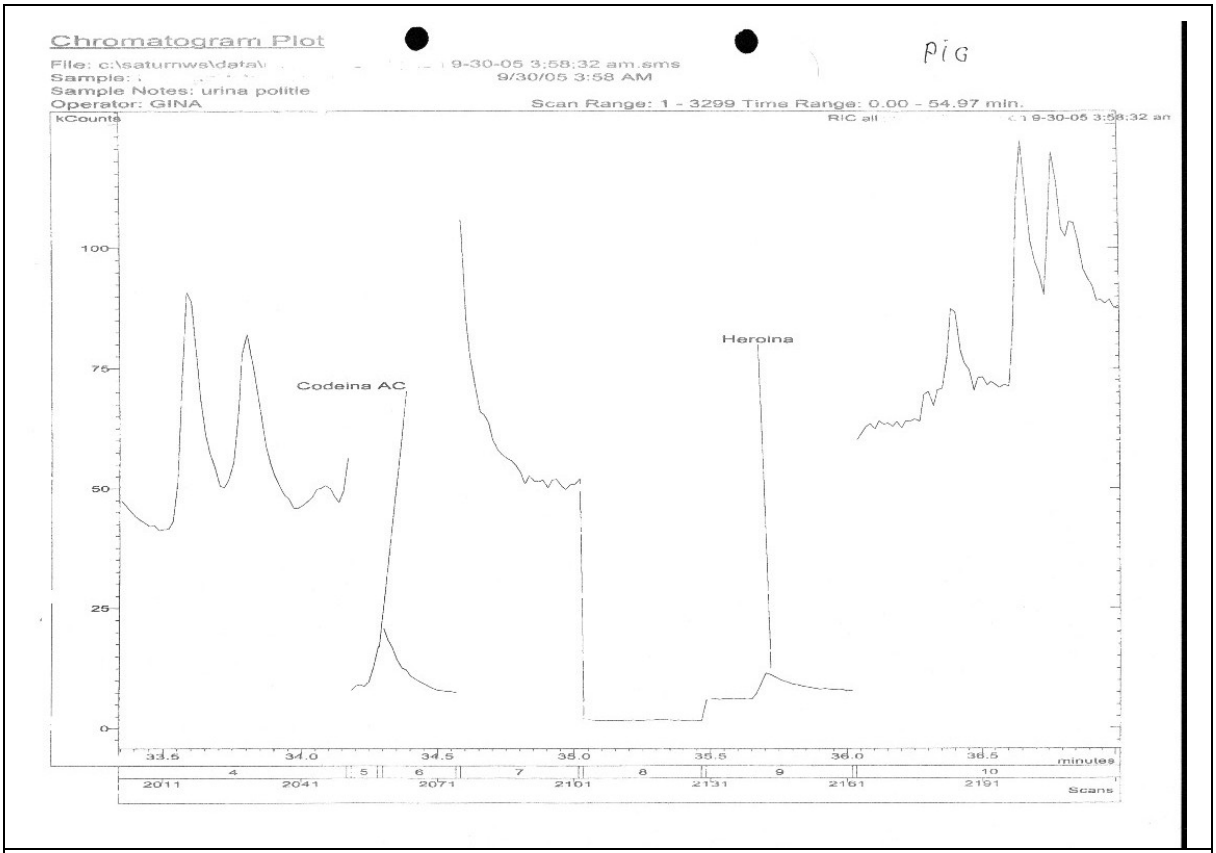


Fig nr. 9

Cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS care pune în evidentă prezenta Codeinei AC si a Heroinei.

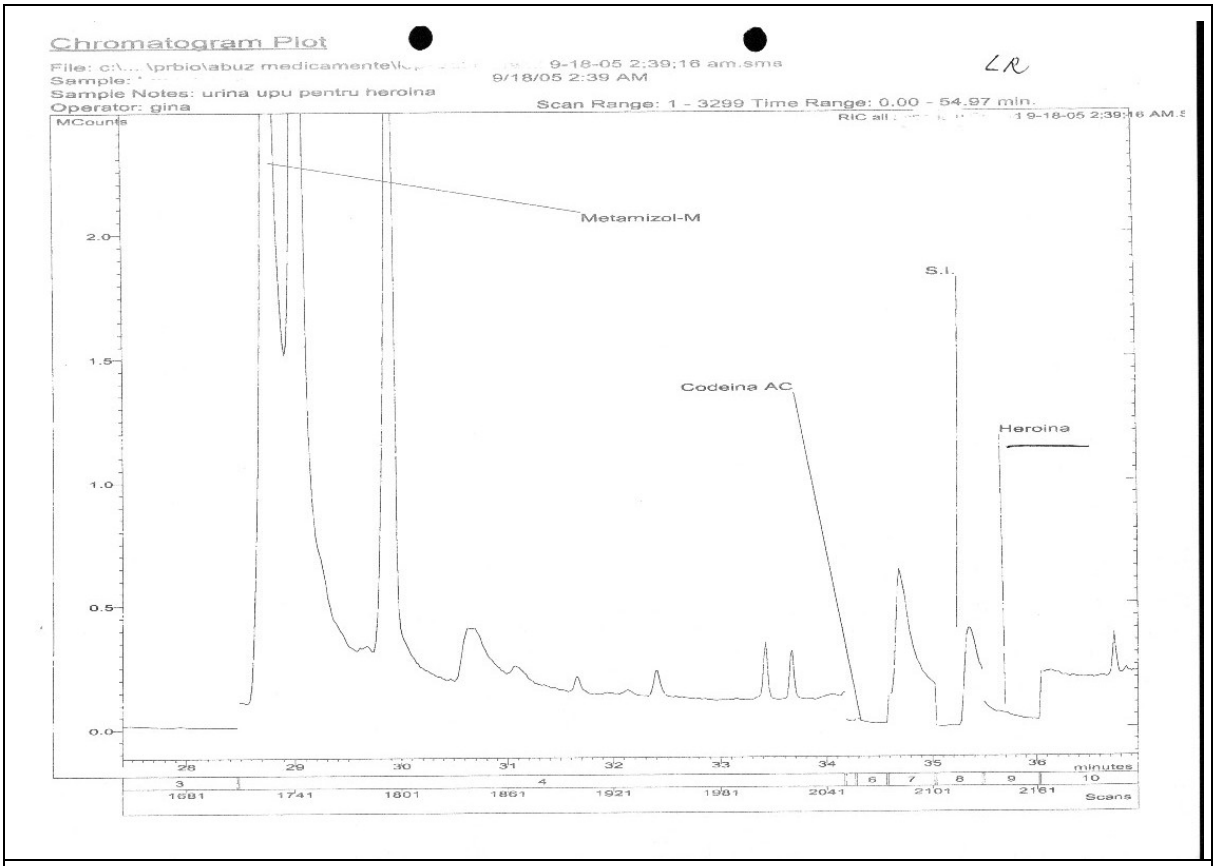


Fig nr. 10

Cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS care pune în evidentă prezenţa **Metamizolului**, a **Codeinei AC** si a **Heroinei**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

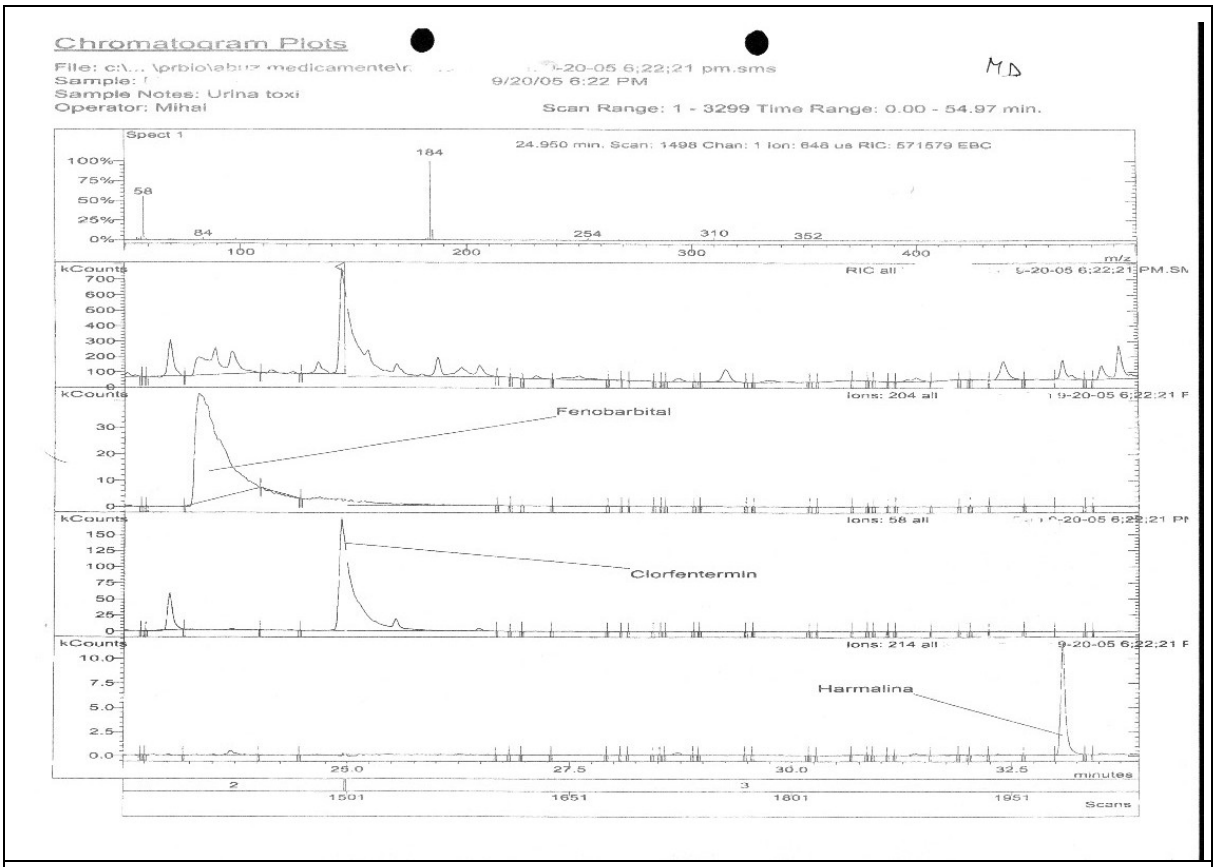


Fig nr. 11

Analizarea calitativă a unei probe de urină prin metoda GC/MS in care se pune în evidentă prezenta **Fenobarbitalului** (caracterizat spectral de m/z= 204), a **Clorfentermin** (caracterizat spectral de liniile 58 si 184) si a **Harmalinei** (m/z= 214).

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

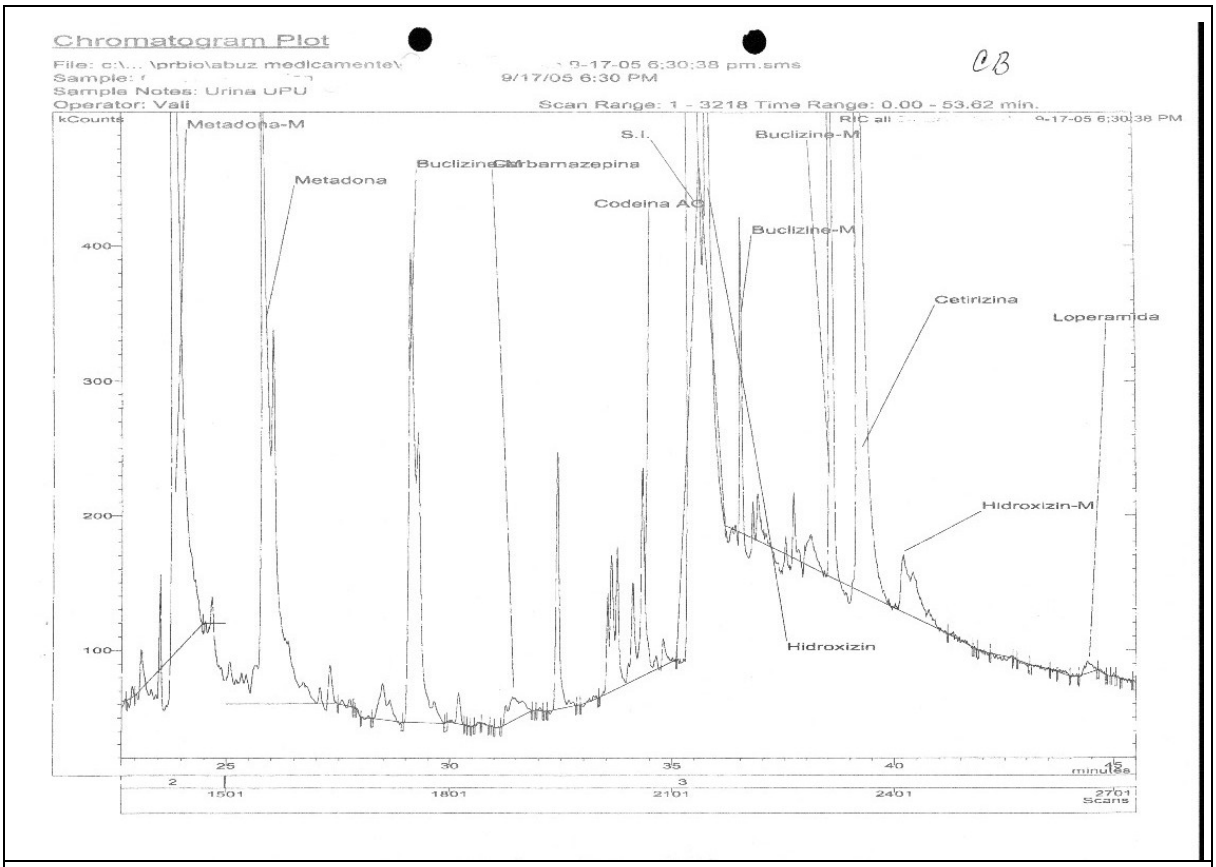


Fig nr. 12

Cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS în cazul unei ingestii polimedicamentoase cu **Metadona, Codeină, Carbamazepină, Hidroxizin** si **Loperamide**. De asemenea sunt identificati si unii metaboliti ai acestor substanțe.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

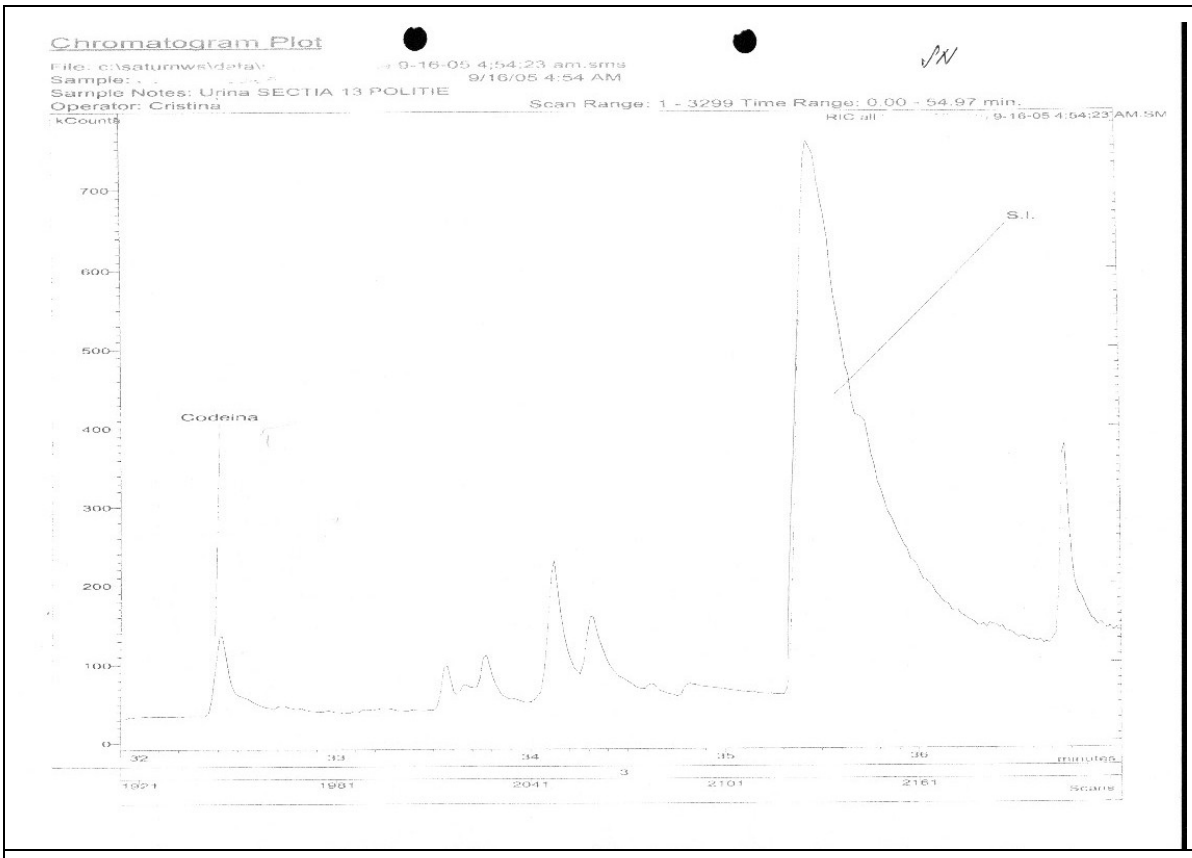


Fig nr. 13

Cromatograma obtinută la analizarea unei probe de urină prin metoda GC/MS care pune în evidentă prezenta **Codeinei**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

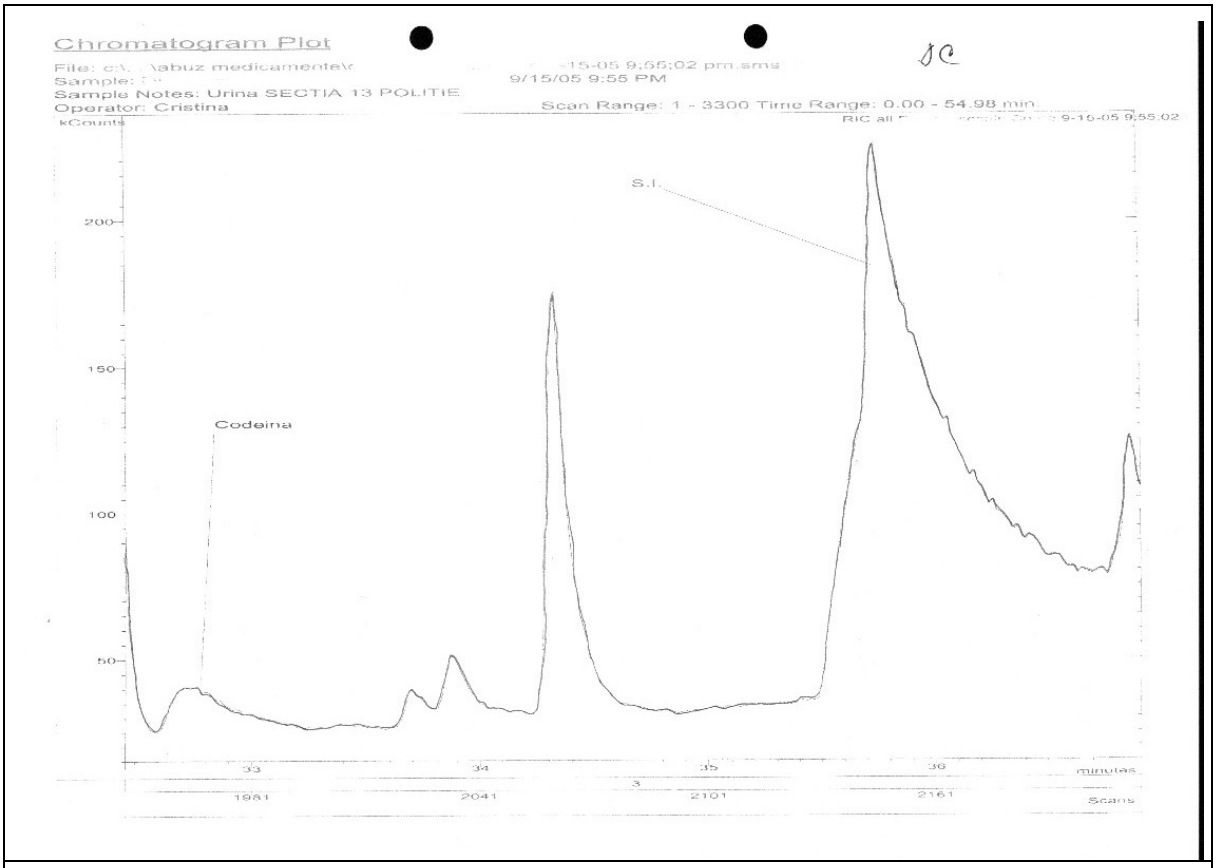


Fig nr. 14

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină pozitivă pentru **Codeină**, prin metoda GC/MS .

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

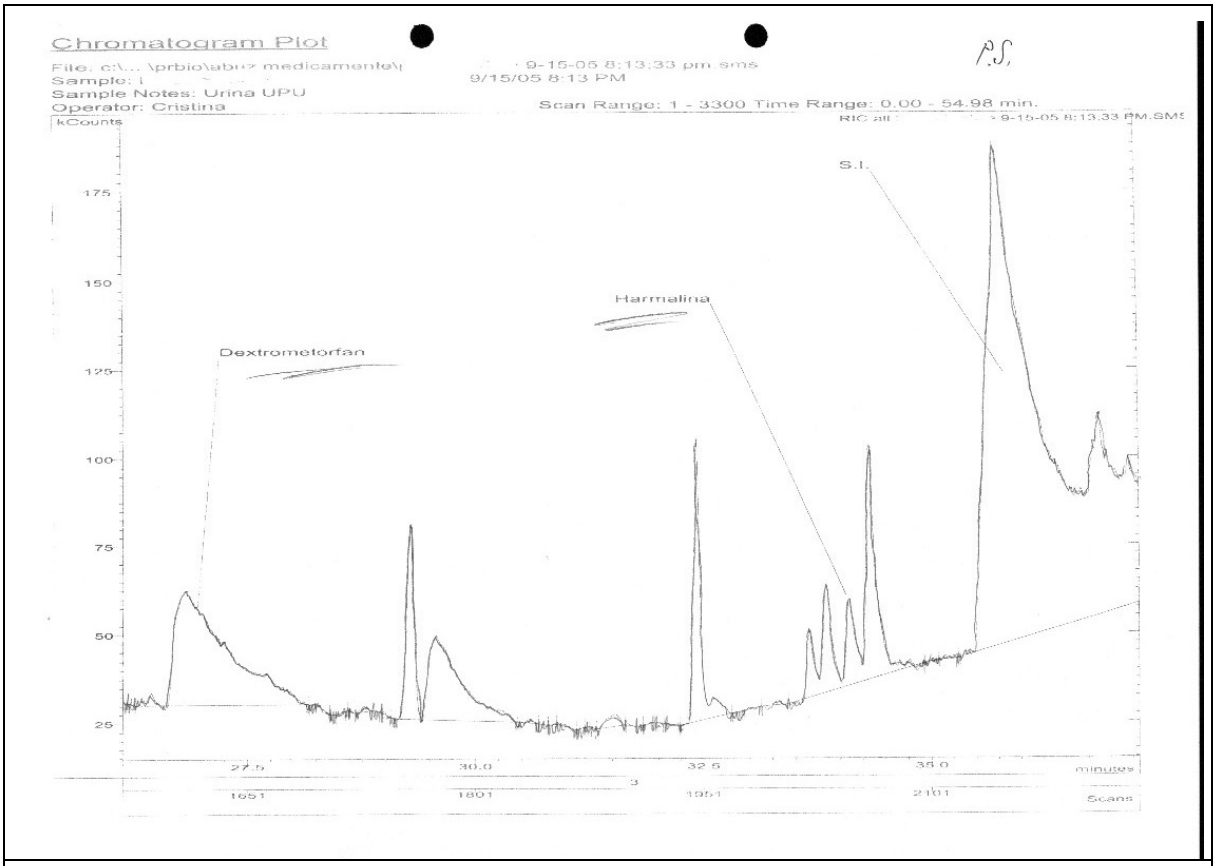


Fig nr. 15

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, prin care s a identificat calitativ **Dextrometorfan** si **Harmalină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

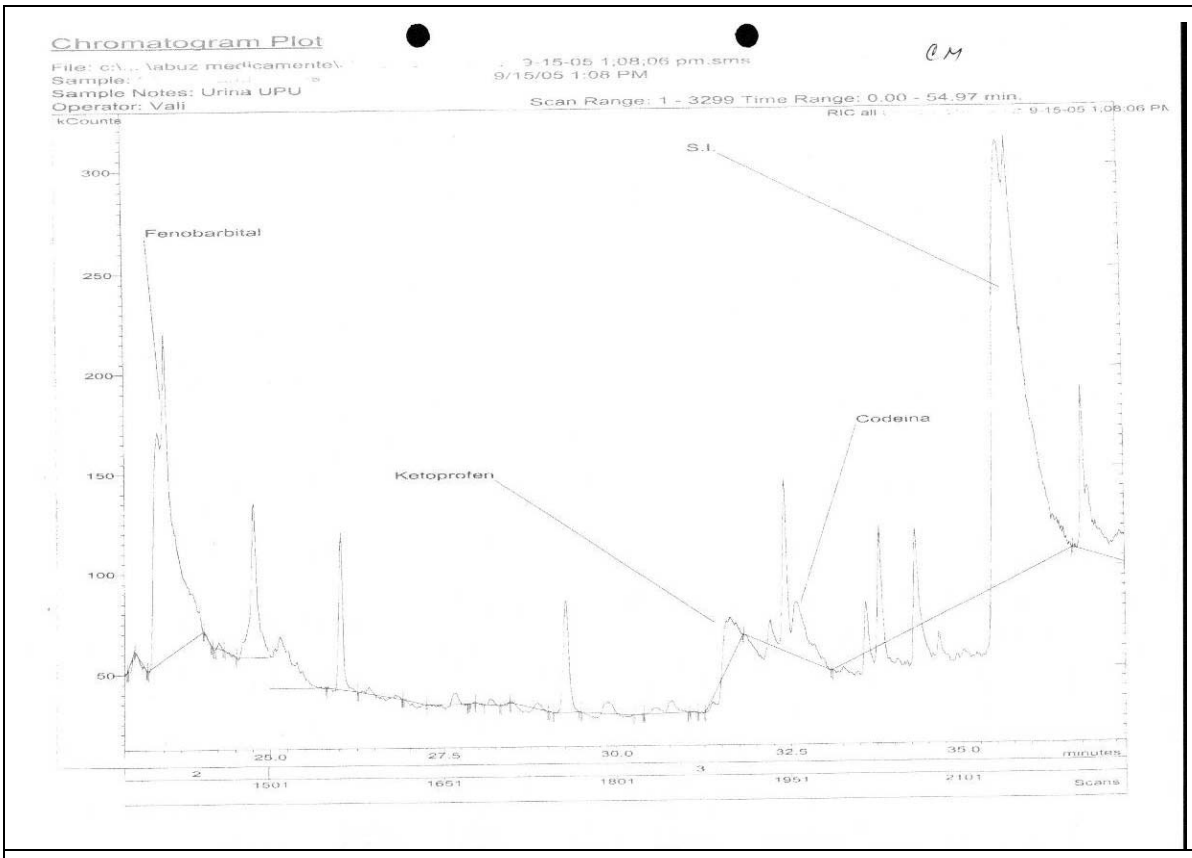


Fig nr. 16

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de Fenobarbital, Ketoprofen si Codeină.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

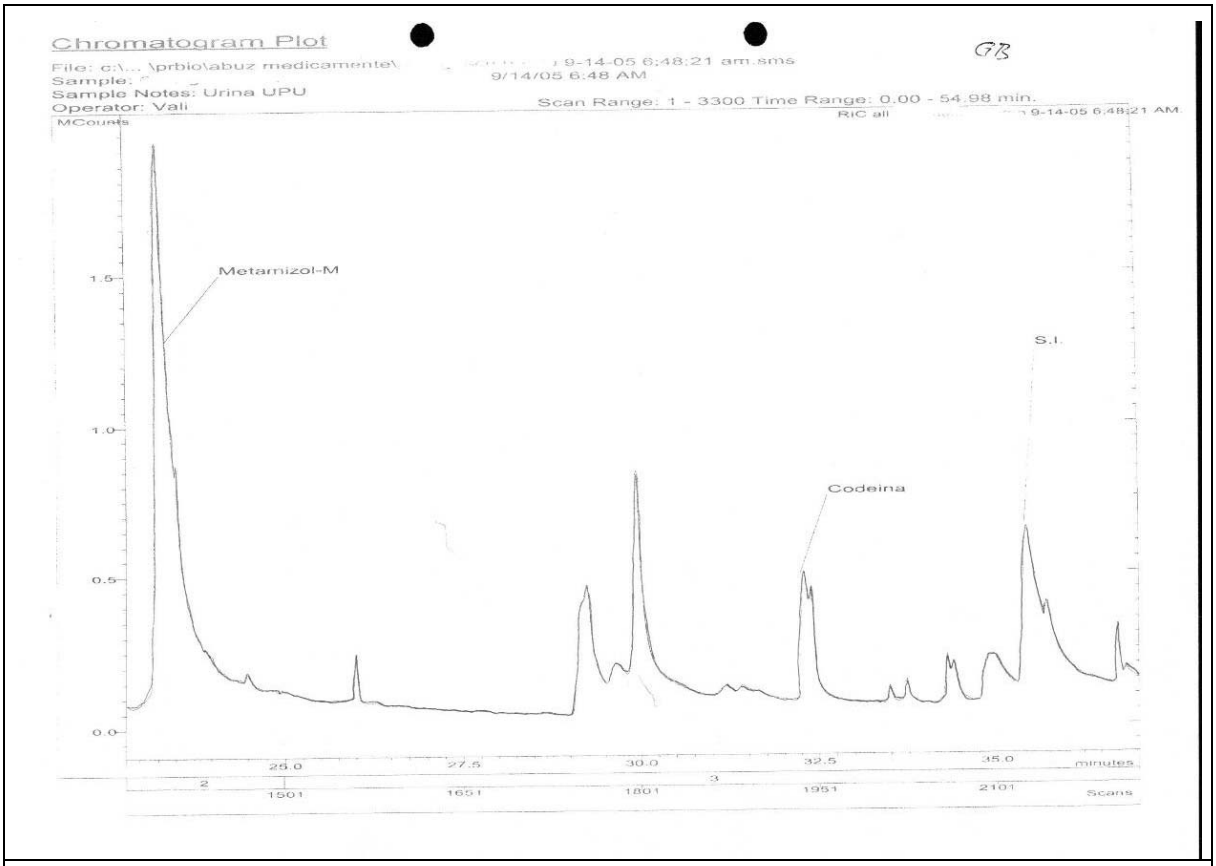


Fig nr. 17

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenţa de **Metamizol** (metabolit) si **Codeină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

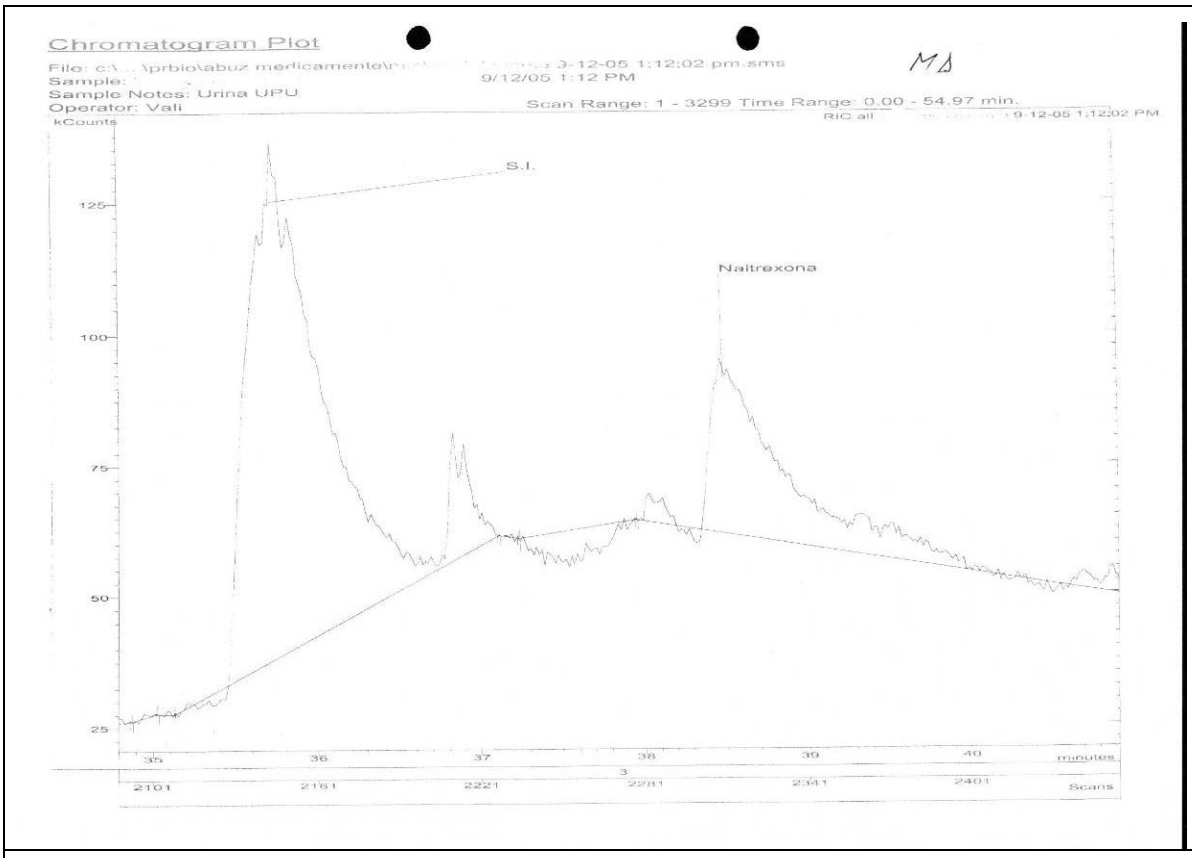


Fig nr. 18

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, pozitivă pentru **Naltrexonă**, prin metoda GC/MS.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

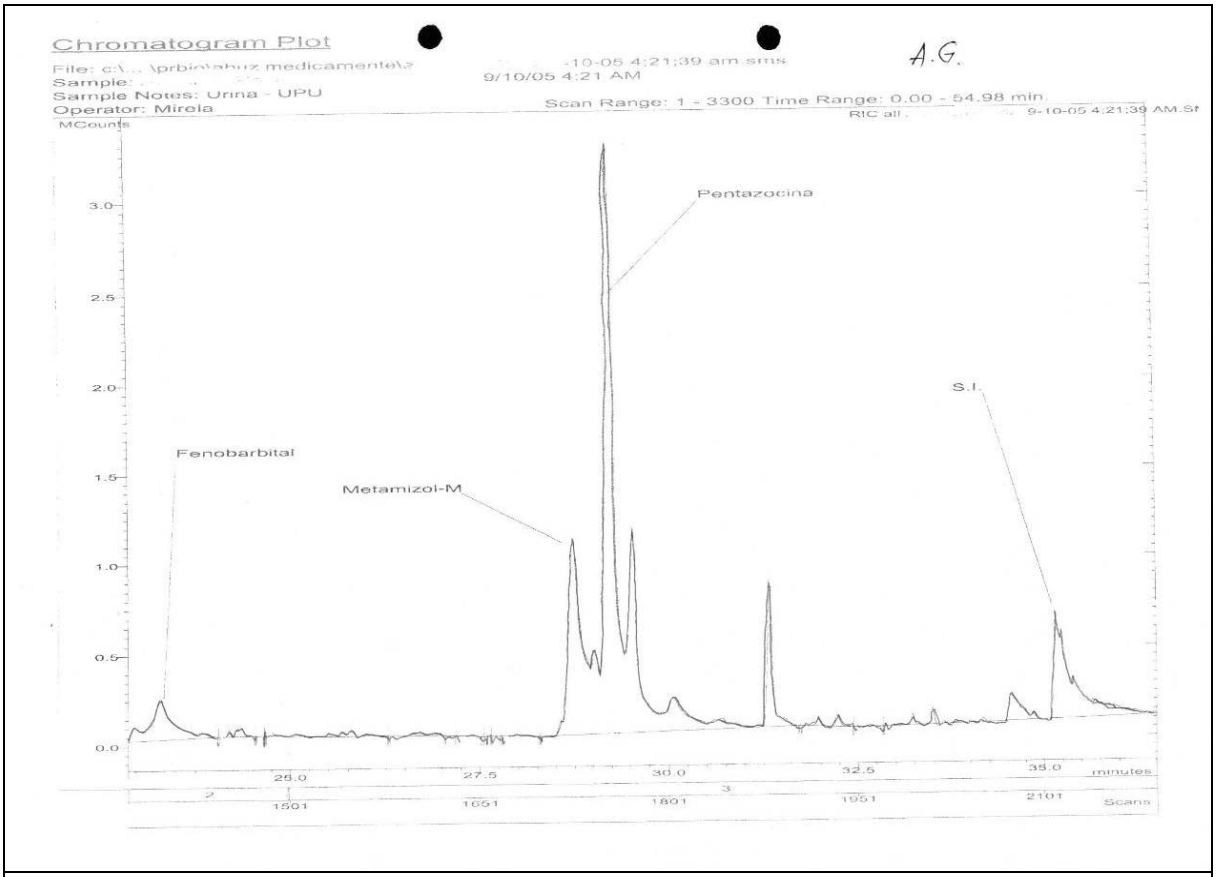


Fig nr. 19

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidență prezența de **Fenobarbital**, **Metamizol** (metabolit) si **Pentazocină**.

Este pus în evidentă şi picul de standard intern, S.I.

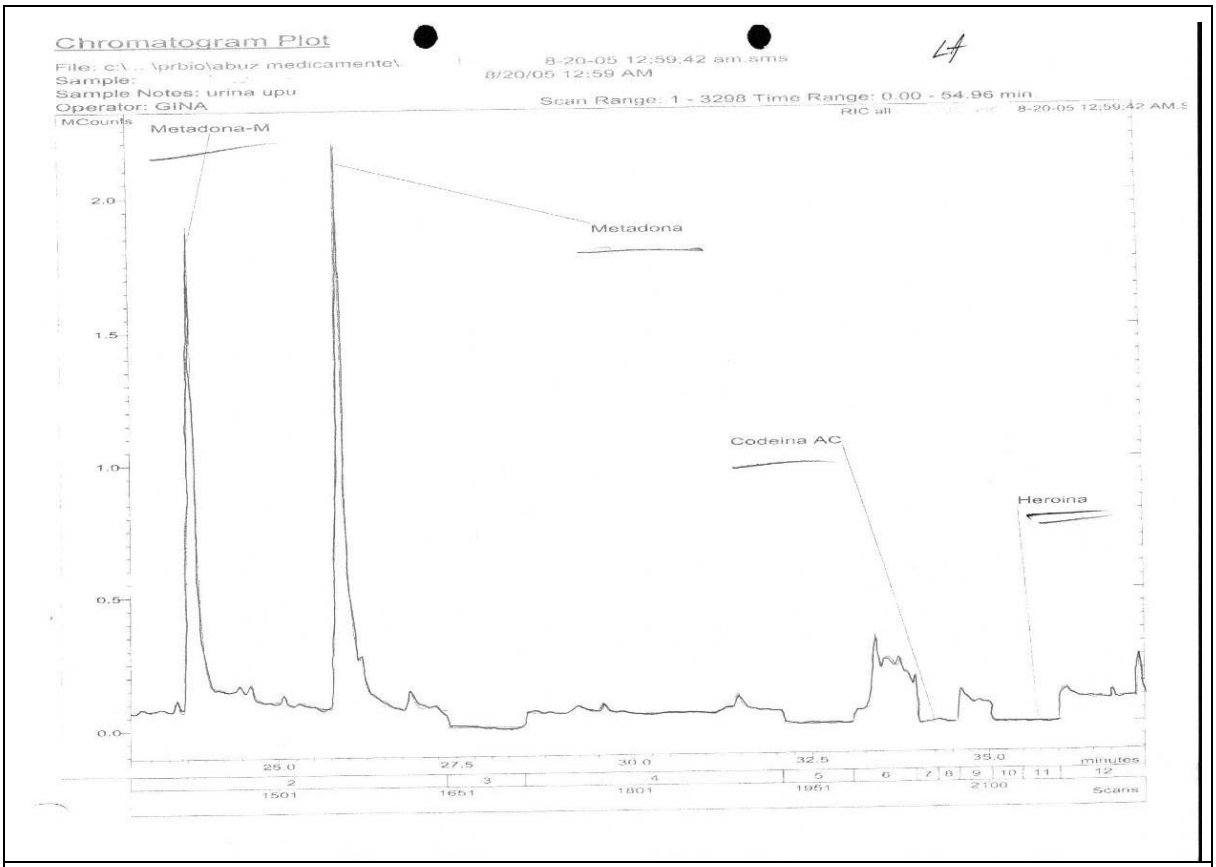


Fig nr. 20

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Metadonă, Metadonă** (metabolit), **Codeină AC** si **Heroină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

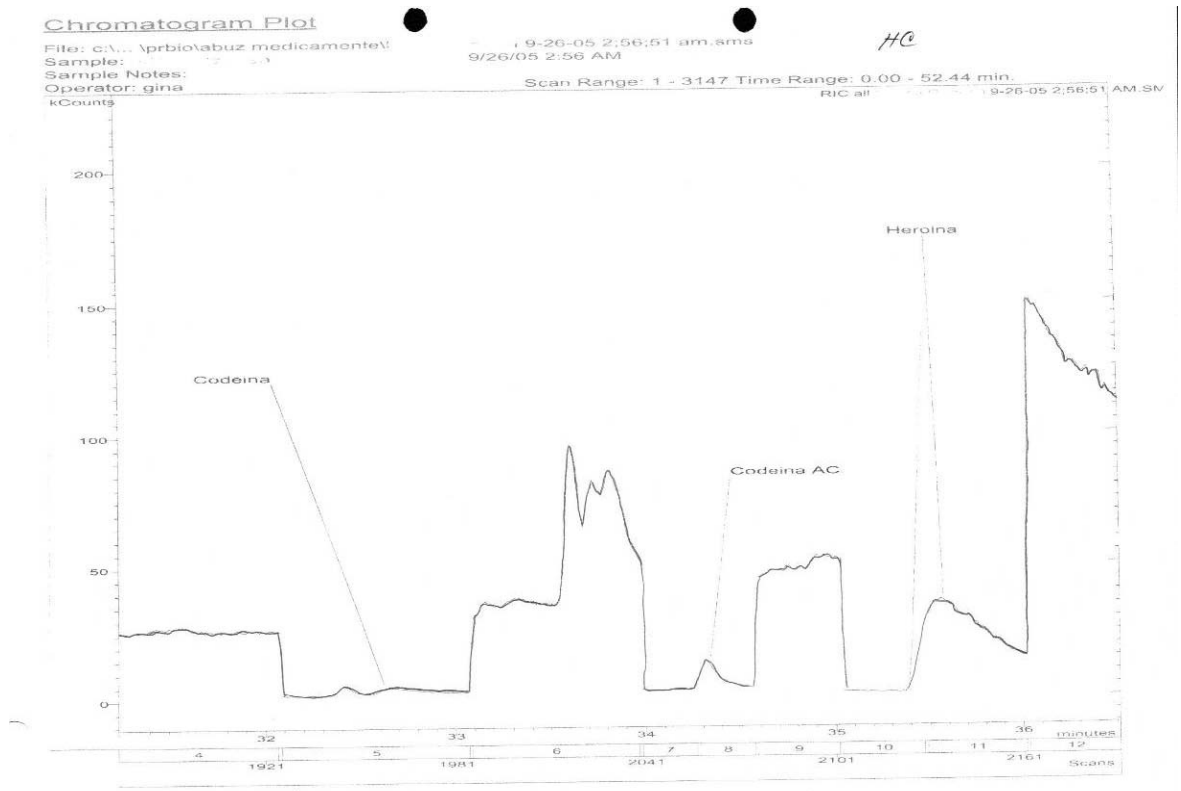


Fig nr. 21 Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Codeină, Codeină AC** si **Heroină**.

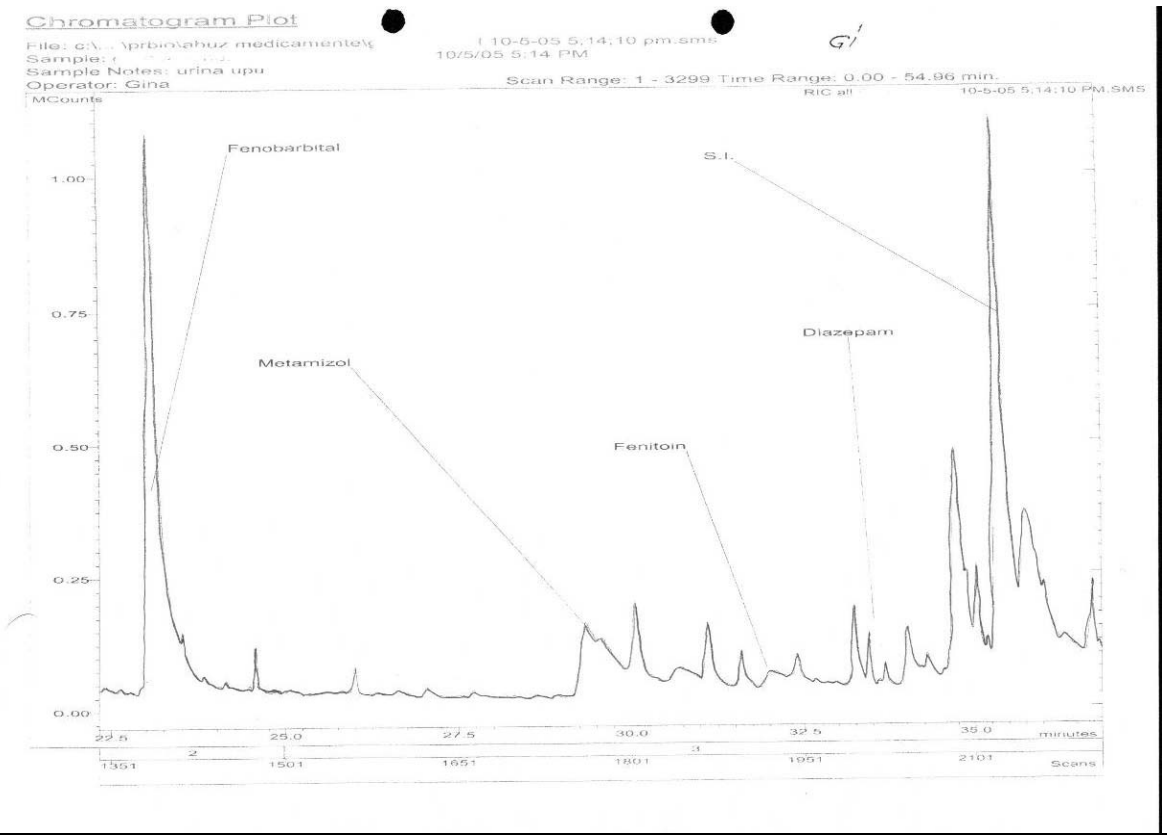


Fig nr. 22

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Fenobarbital, Metamizol, Fenitoin** si **Diazepam**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

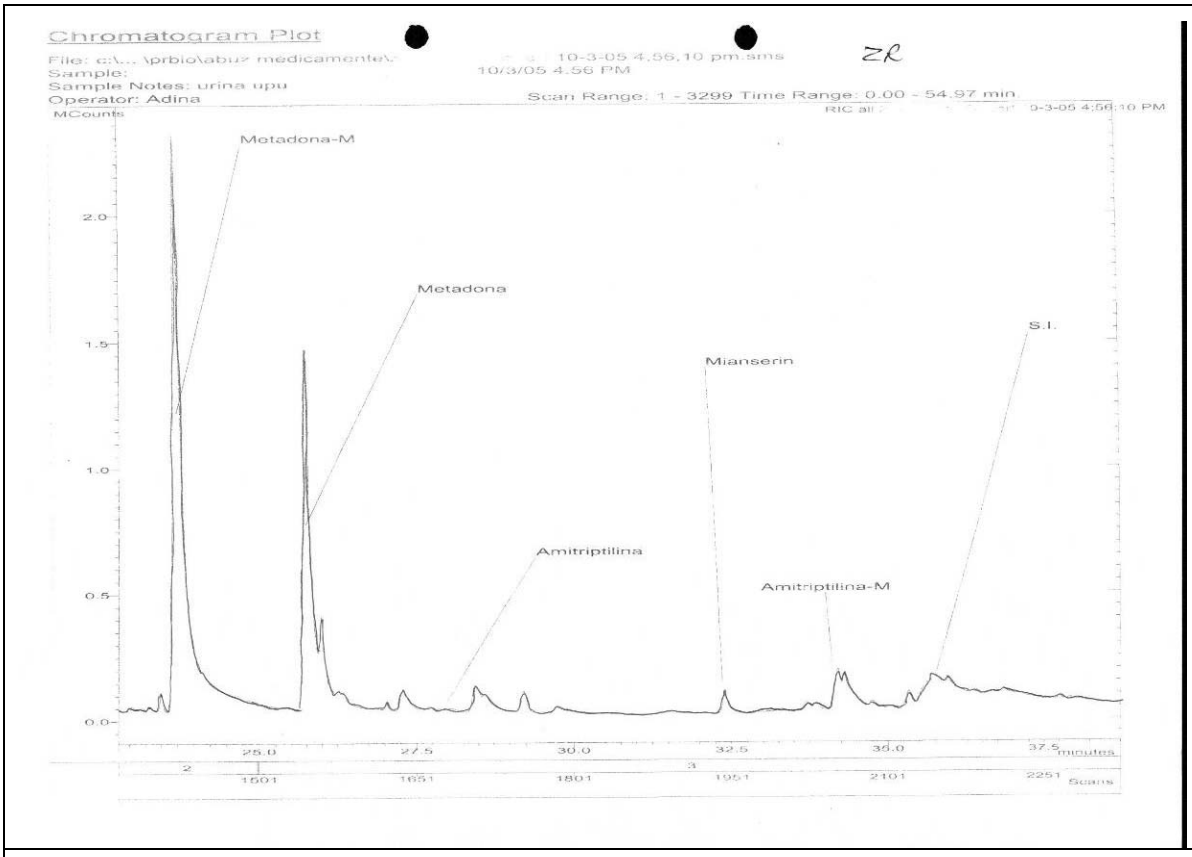


Fig nr. 23

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Metadonă** (metabolit), **Metadonă, Amitriptilină, Mianserin** si **Amitriptilină** (metabolit).

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

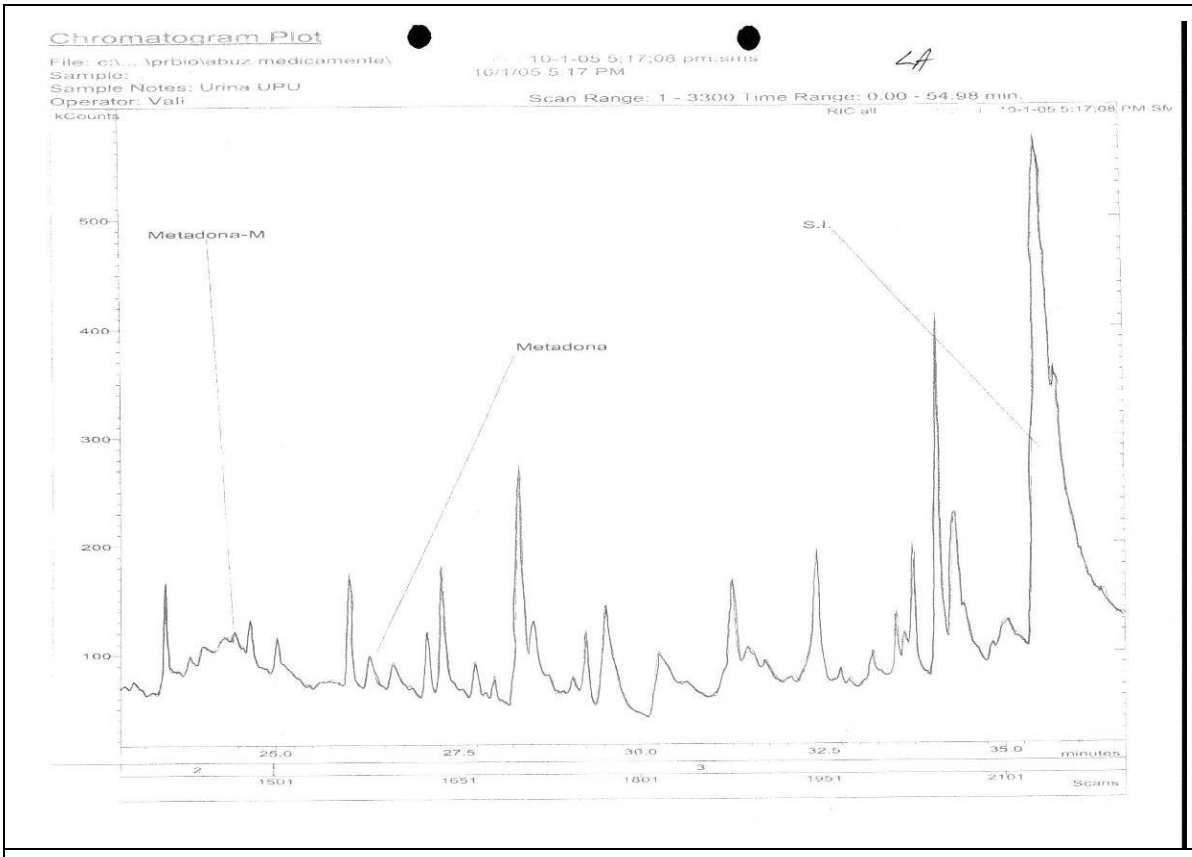


Fig nr. 24

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Metadonă** si **Metadonă (metabolit)**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

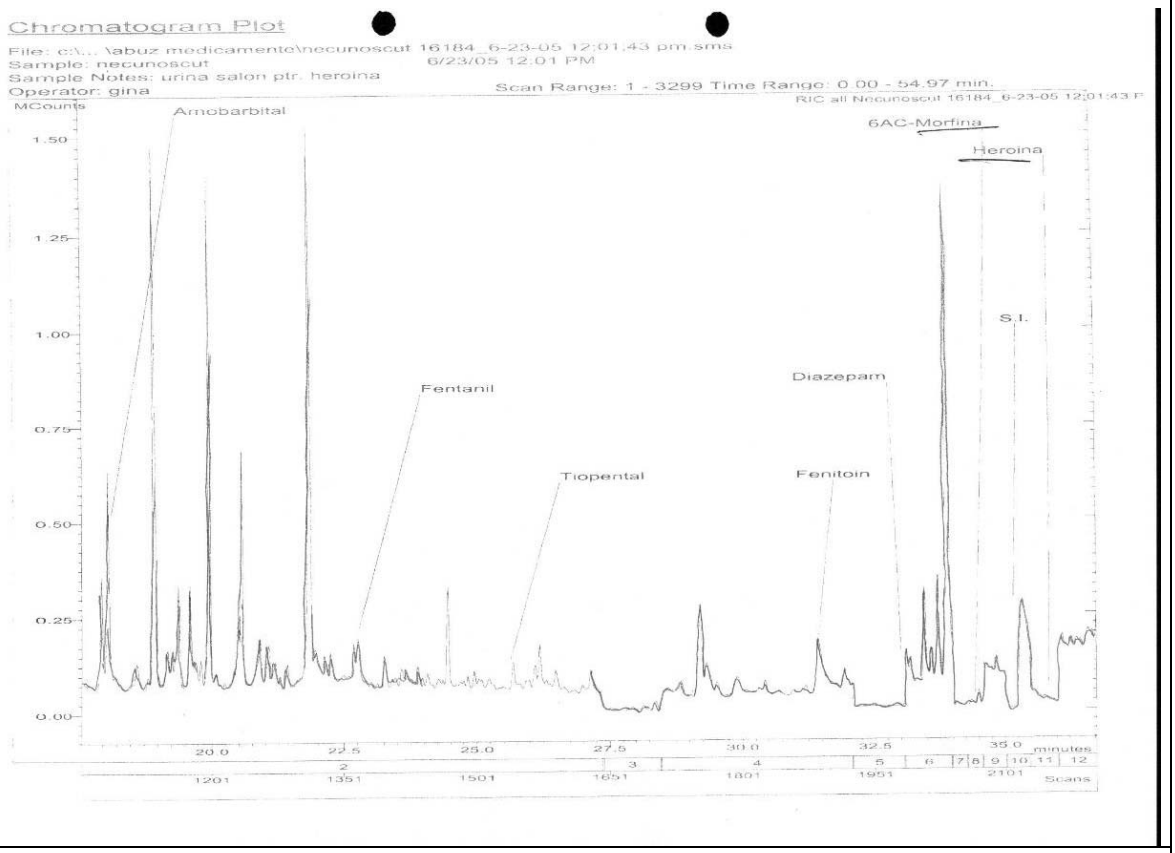


Fig nr. 25

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Amobarbital, Fentanil, Tiopental, Fenitoin, Diazepam, Heroină** si **6 AC Morfina (metabolit de heroină)**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

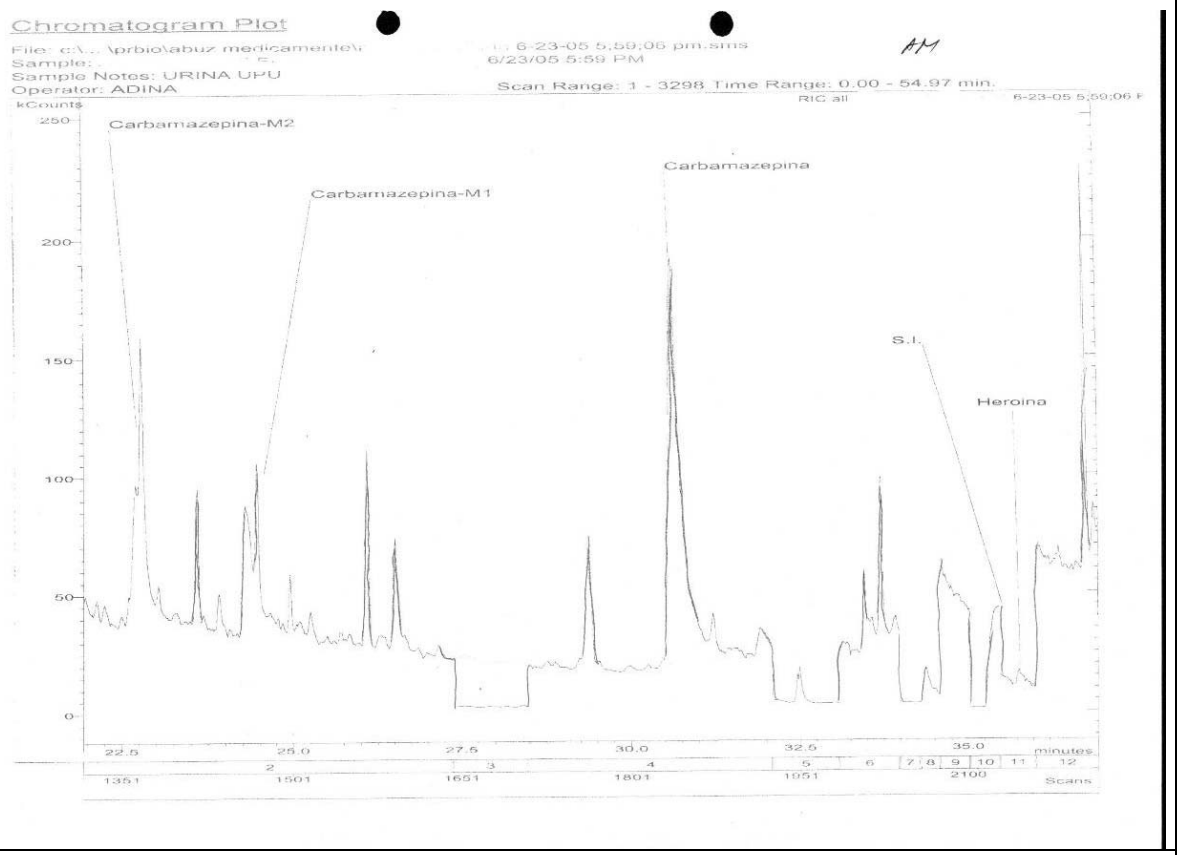


Fig nr. 26

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Carbamazepină** si **Heroină**.

Sunt identificati si 2 metaboliti de Carbamazepină (M1 si M2).

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

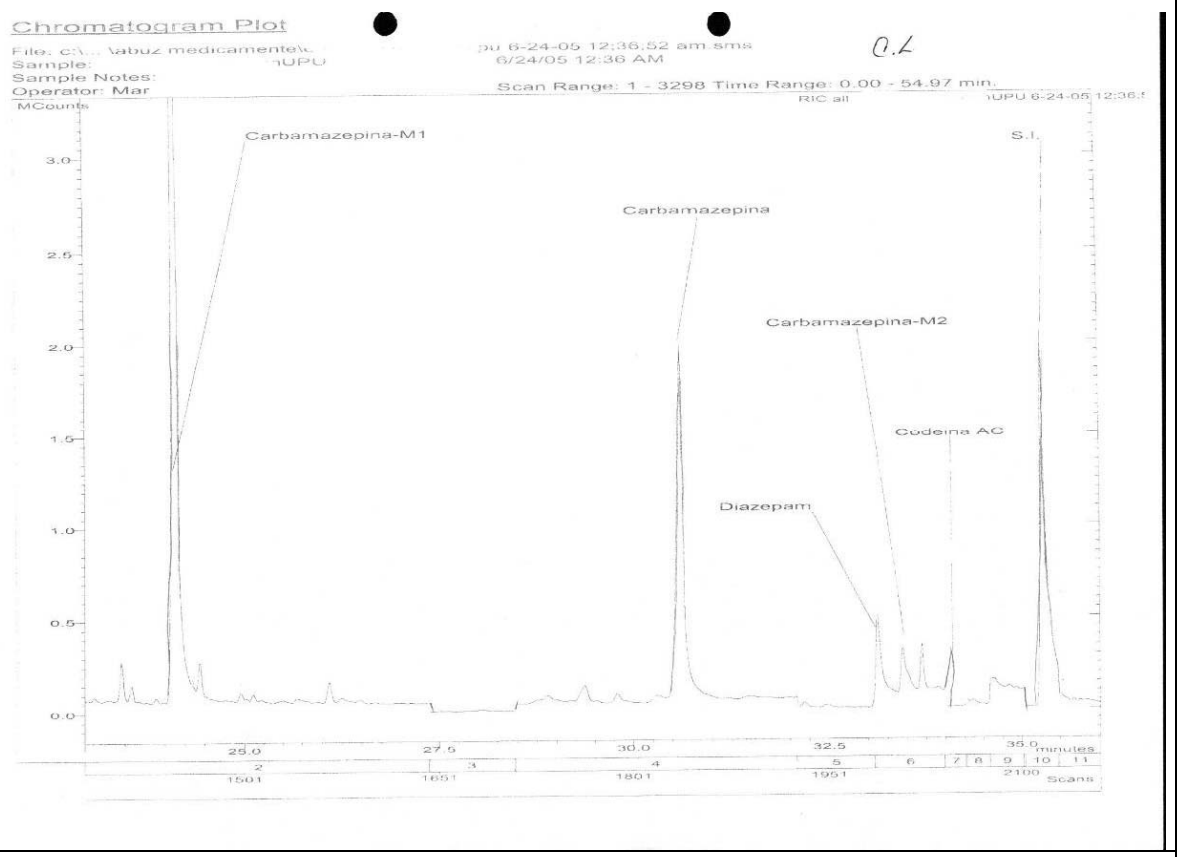


Fig nr. 27

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Carbamazepină, Diazepam** si **Codeină AC**.

Sunt identificati si 2 metaboliti de Carbamazepină (M1 si M2).

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

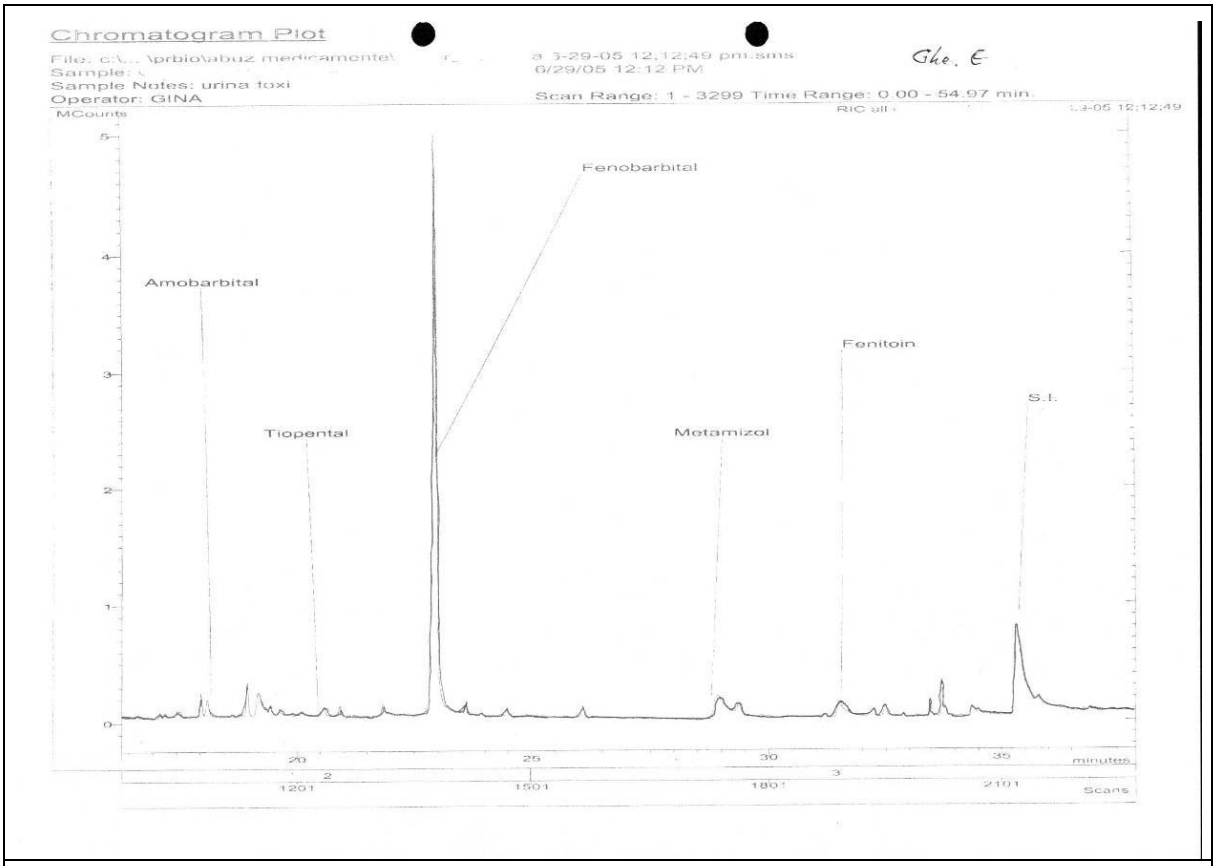


Fig nr. 28

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de Amobarbital, Tiopental, Fenobarbital, Metamizol, Fenitoin.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

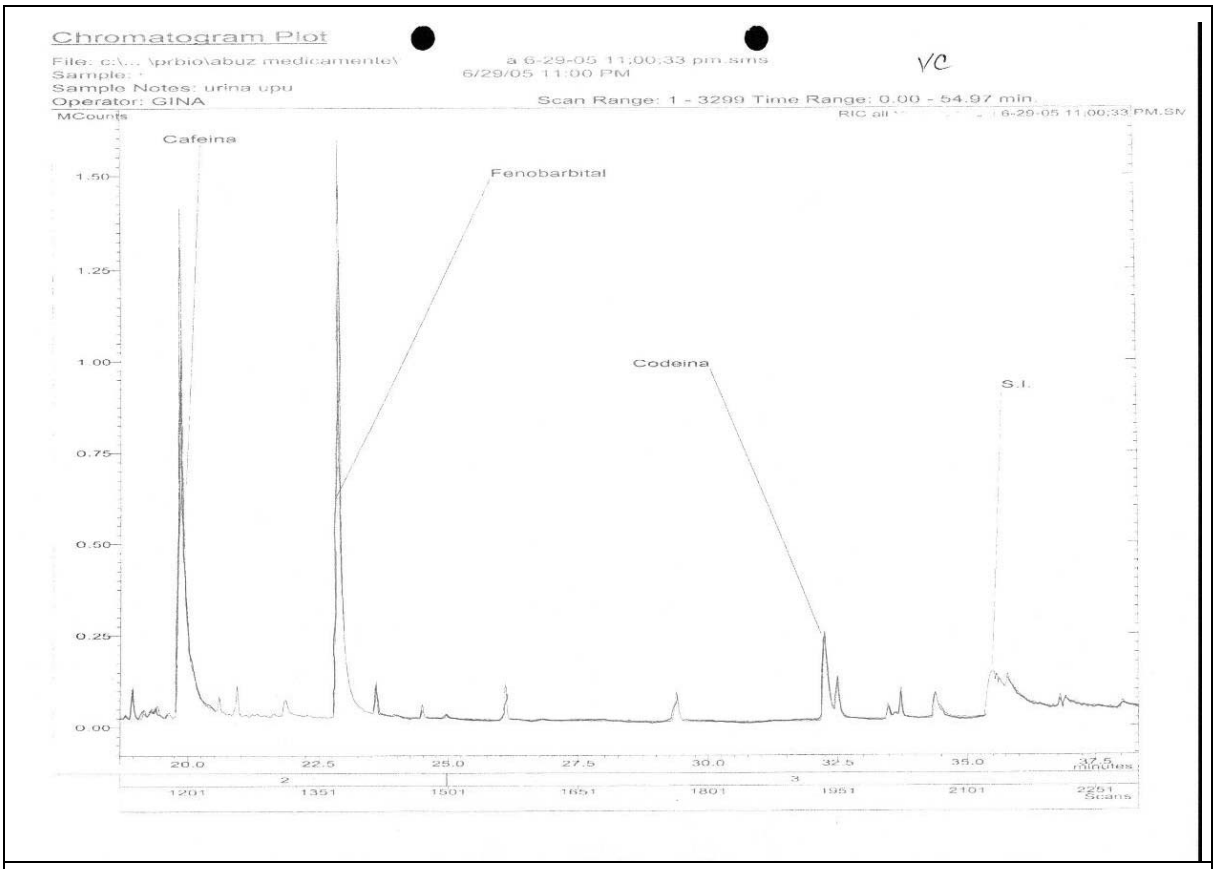


Fig nr. 29

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidenţă prezenţa de **Cafeină, Fenobarbital** si **Codeină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I

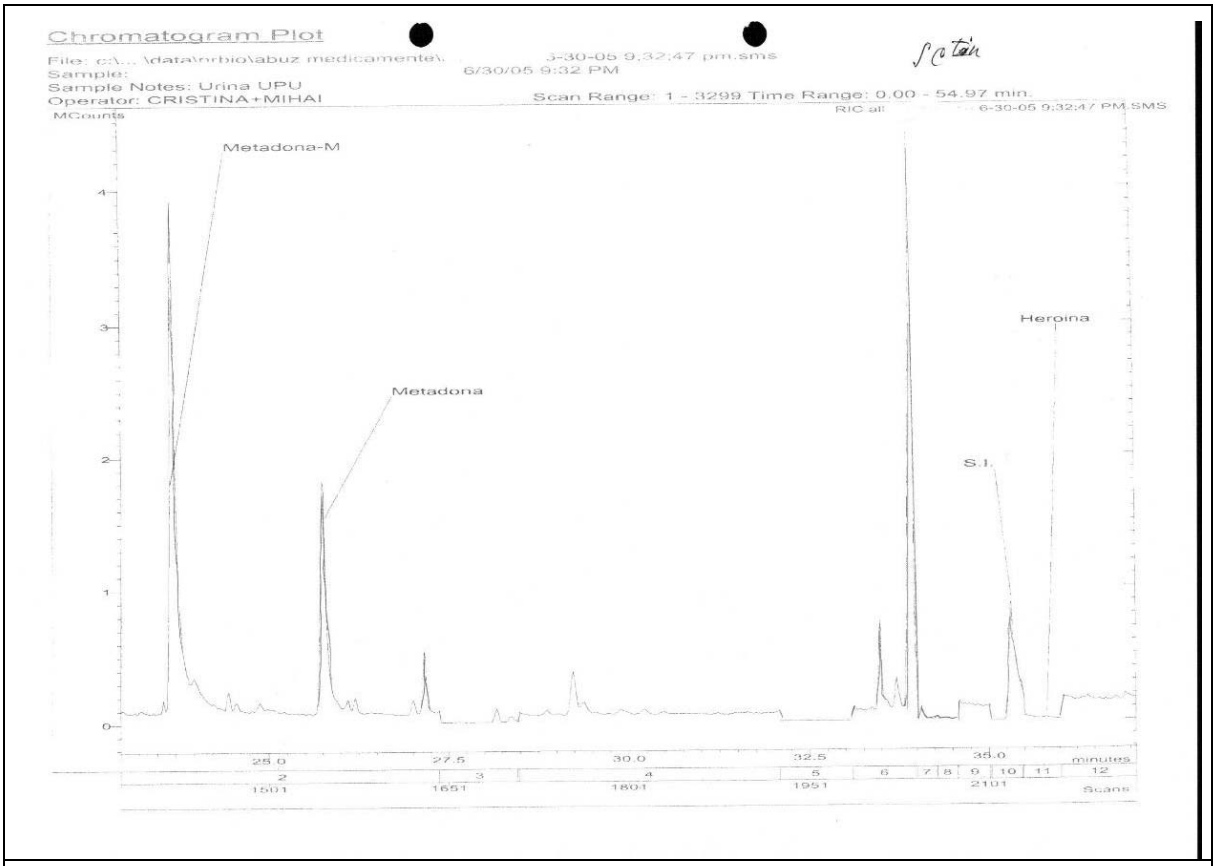


Fig nr. 30

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru Metadonă si Heroină.

A fost identificat si un metabolit de Metadonă.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

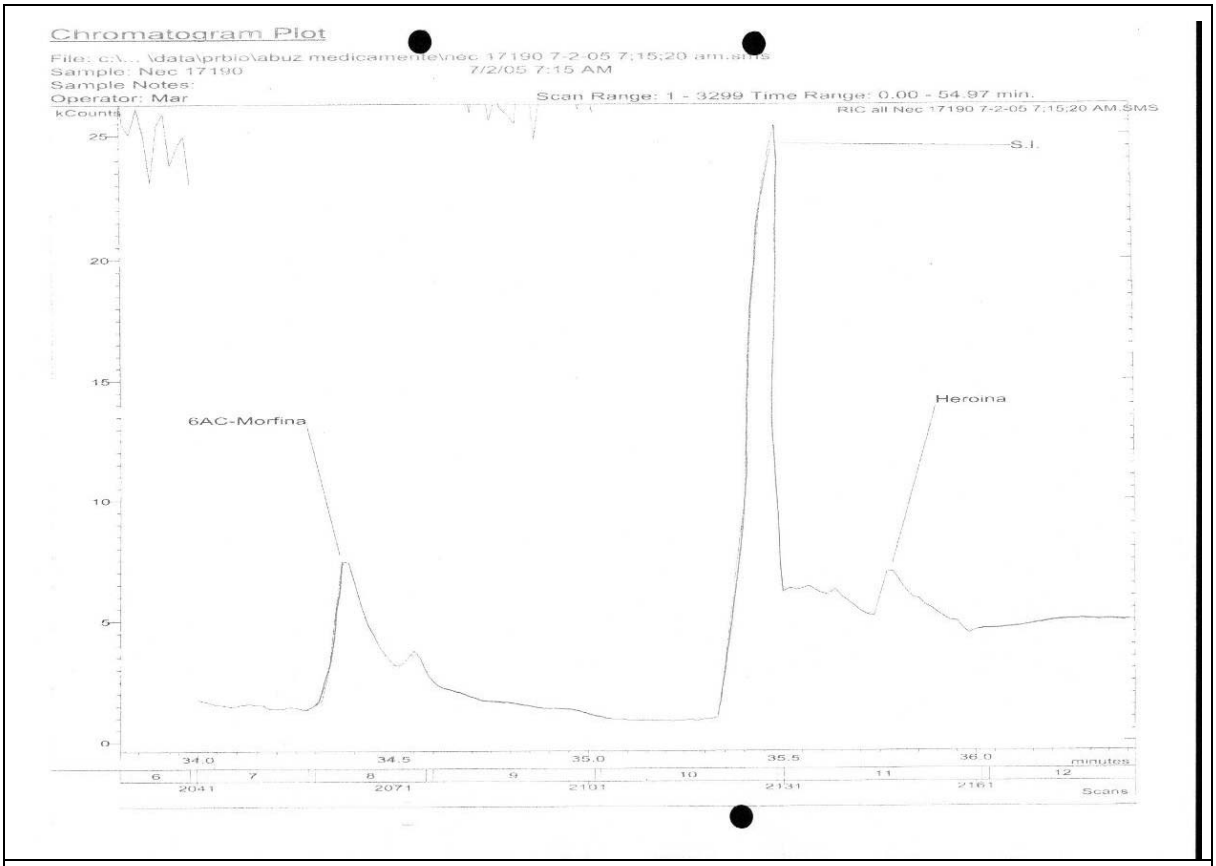


Fig nr. 31

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru Heroină.

A fost identificat si metabolitul de Heroină, 6AC Morfină.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

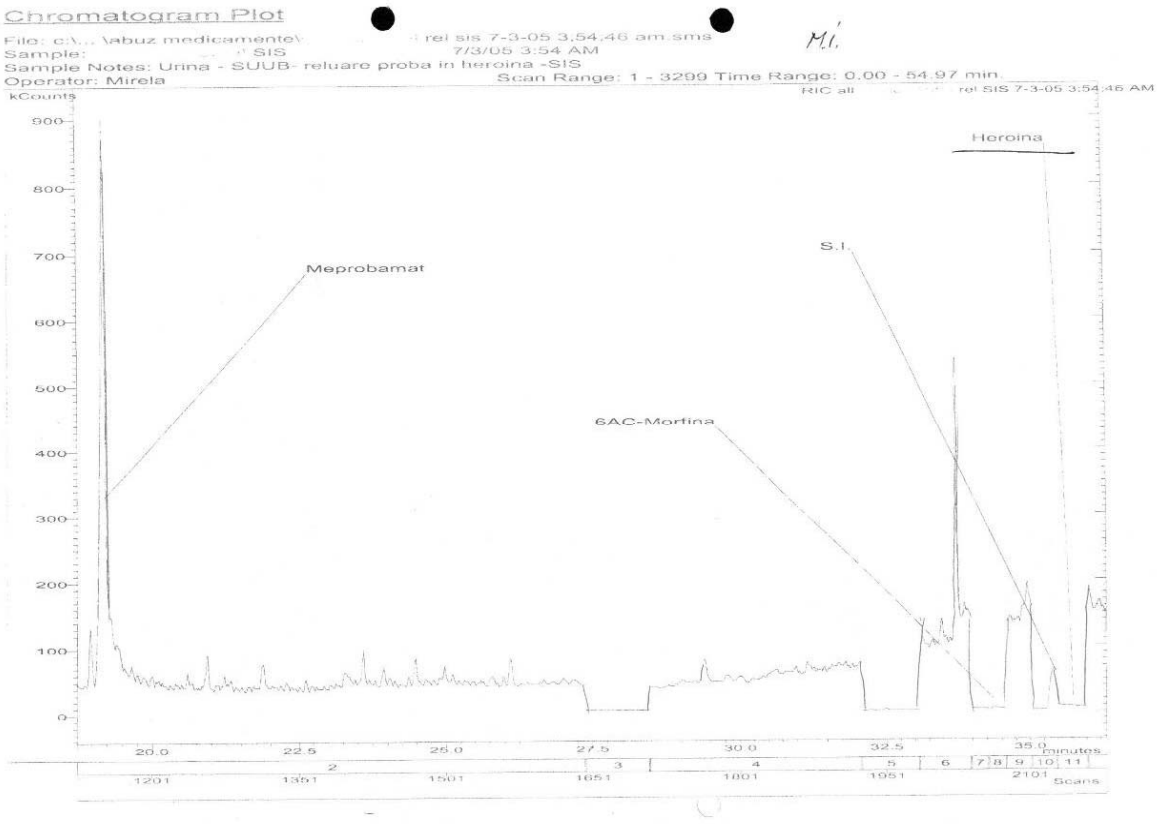


Fig nr. 32

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Meprobamat** si **Heroină**.

A fost identificat metabolitul de Heroină si anume, 6AC Morfină.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

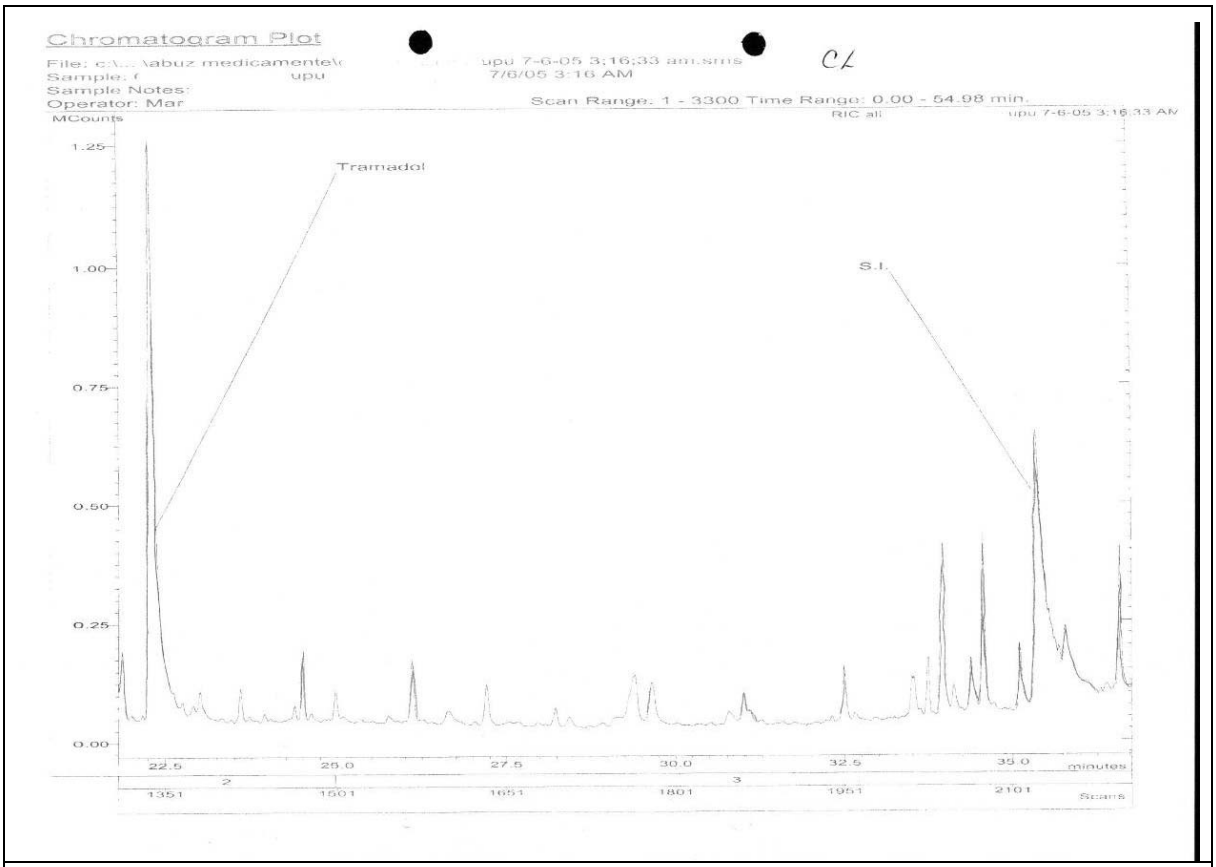


Fig nr. 33

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Tramadol**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

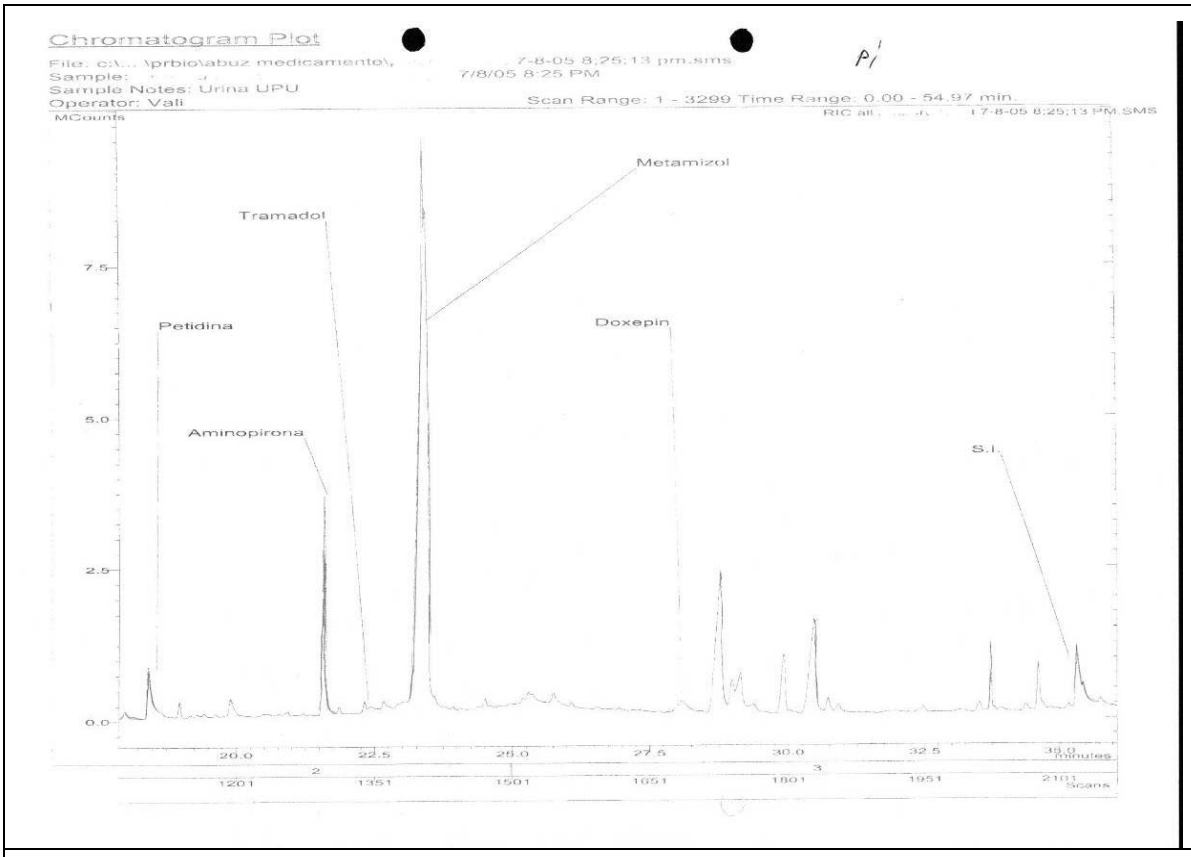


Fig nr. 34

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

S-au identificat următoarele substante: **Petidină, Aminopironă, Tramadol, Metamizol** si **Doxepin**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I

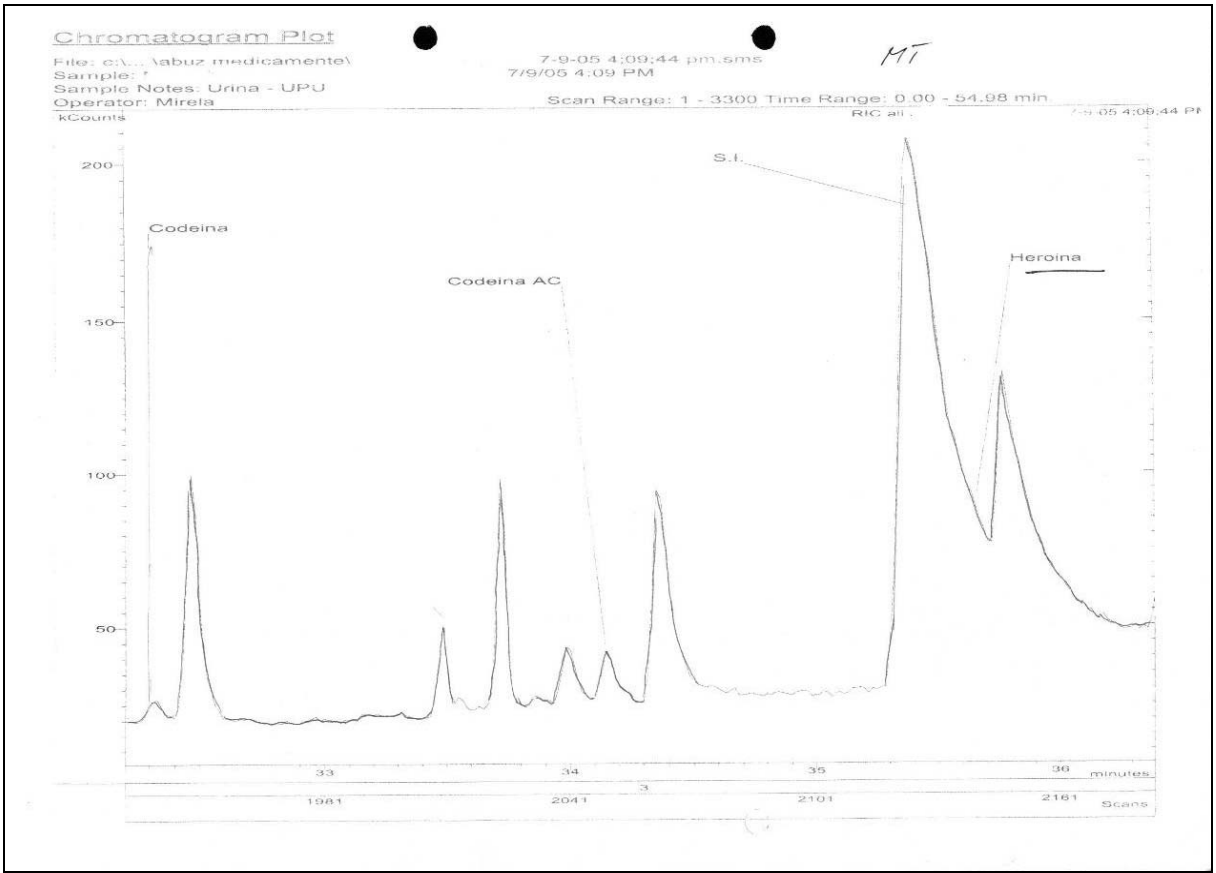


Fig nr. 35 Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Codeină, Codeină AC** si **Heroină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

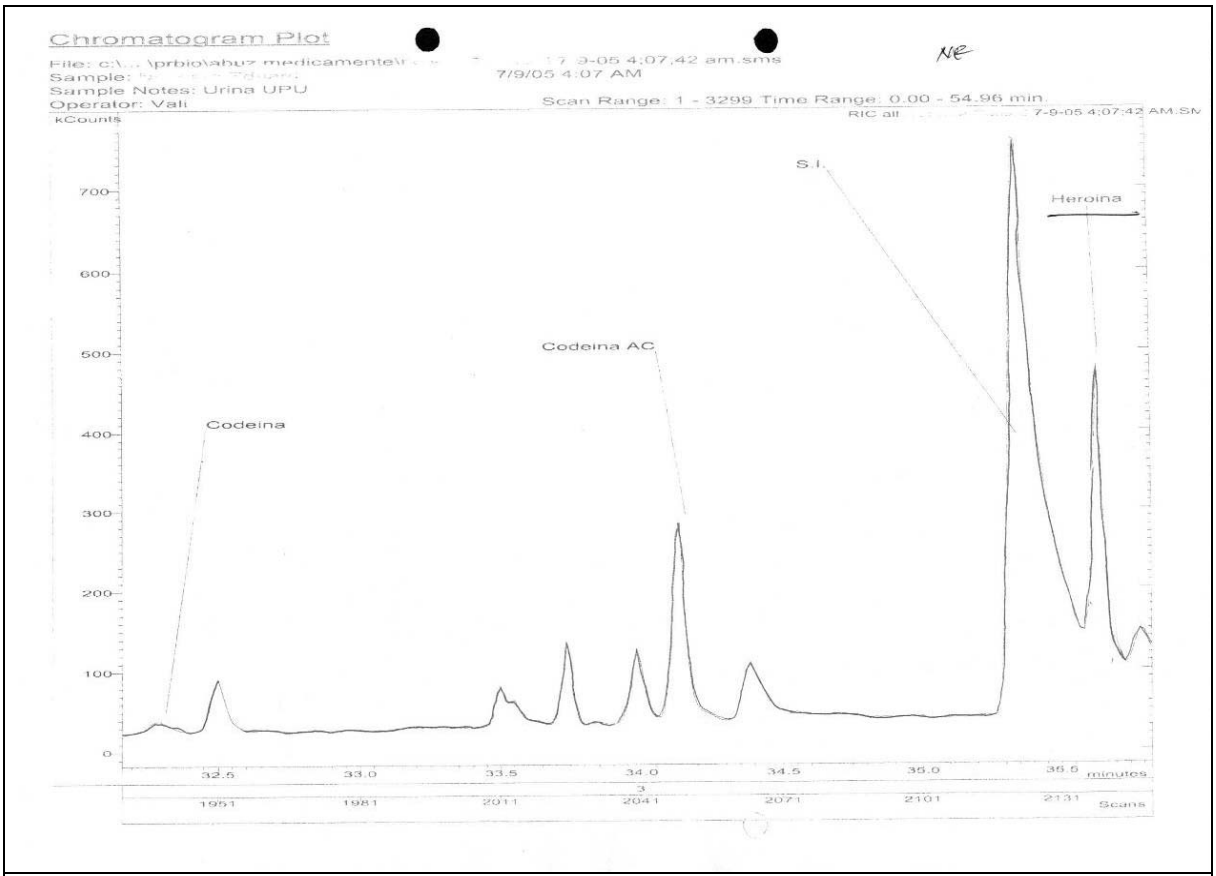


Fig nr. 36

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Codeină, Codeină AC** si **Heroină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

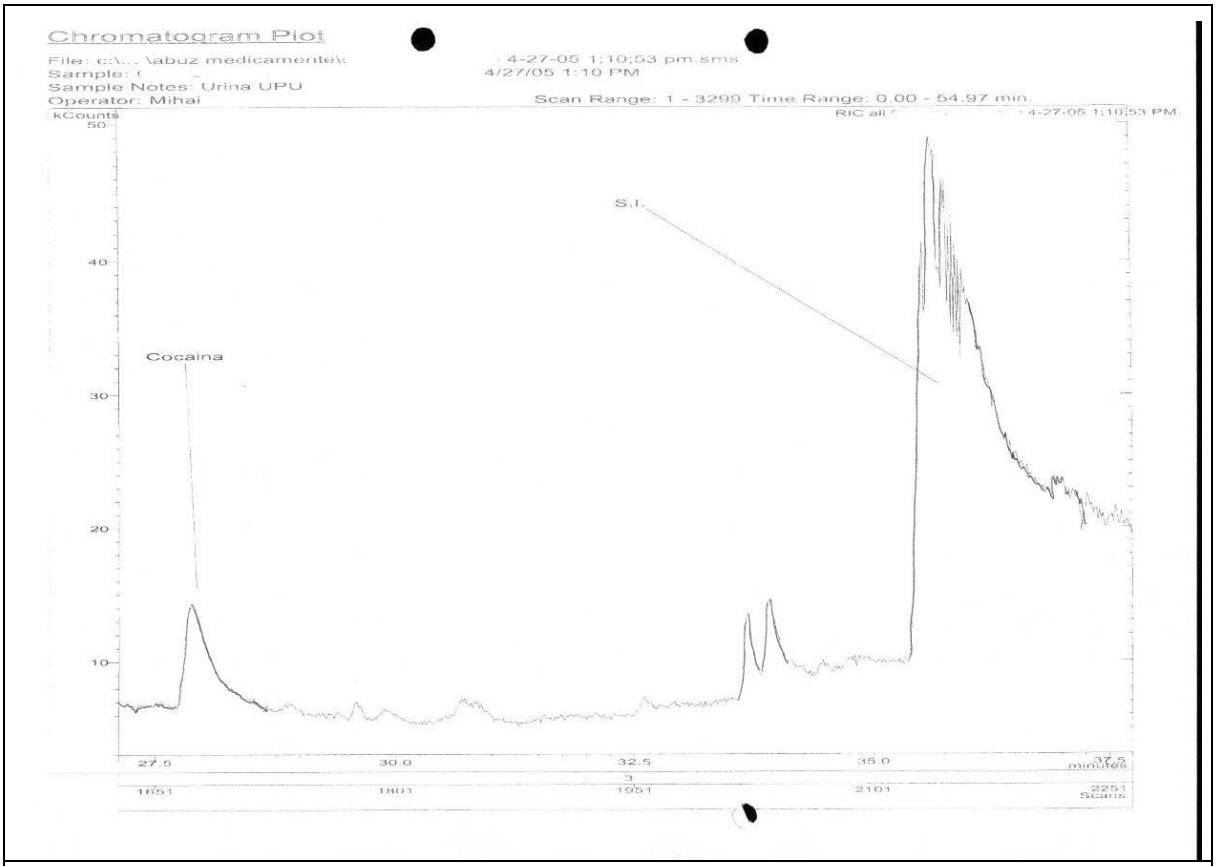


Fig nr. 37

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Cocaină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

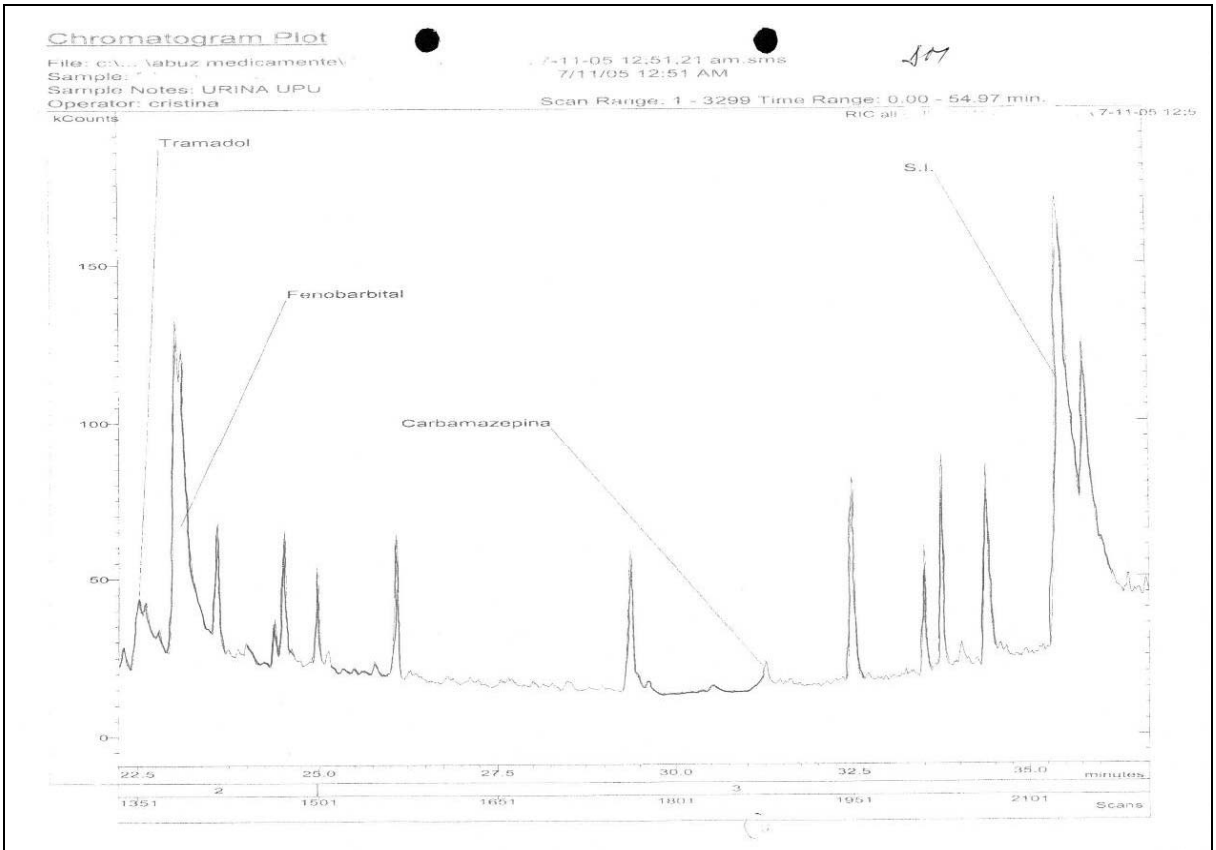


Fig nr. 38

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru Tramadol, Carbamazepină si Fenobarbital.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

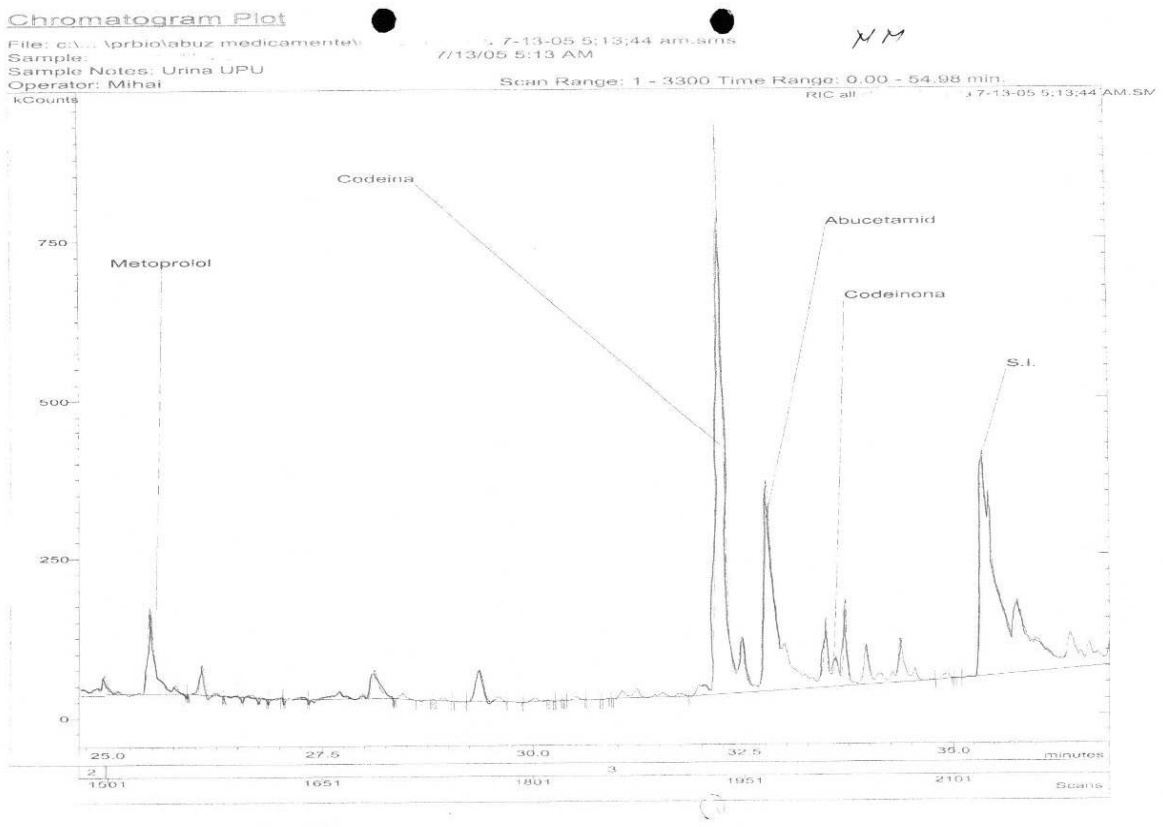


Fig nr. 39

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Metoprolol, Codeină, Abucetamid** si **Codeinonă**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

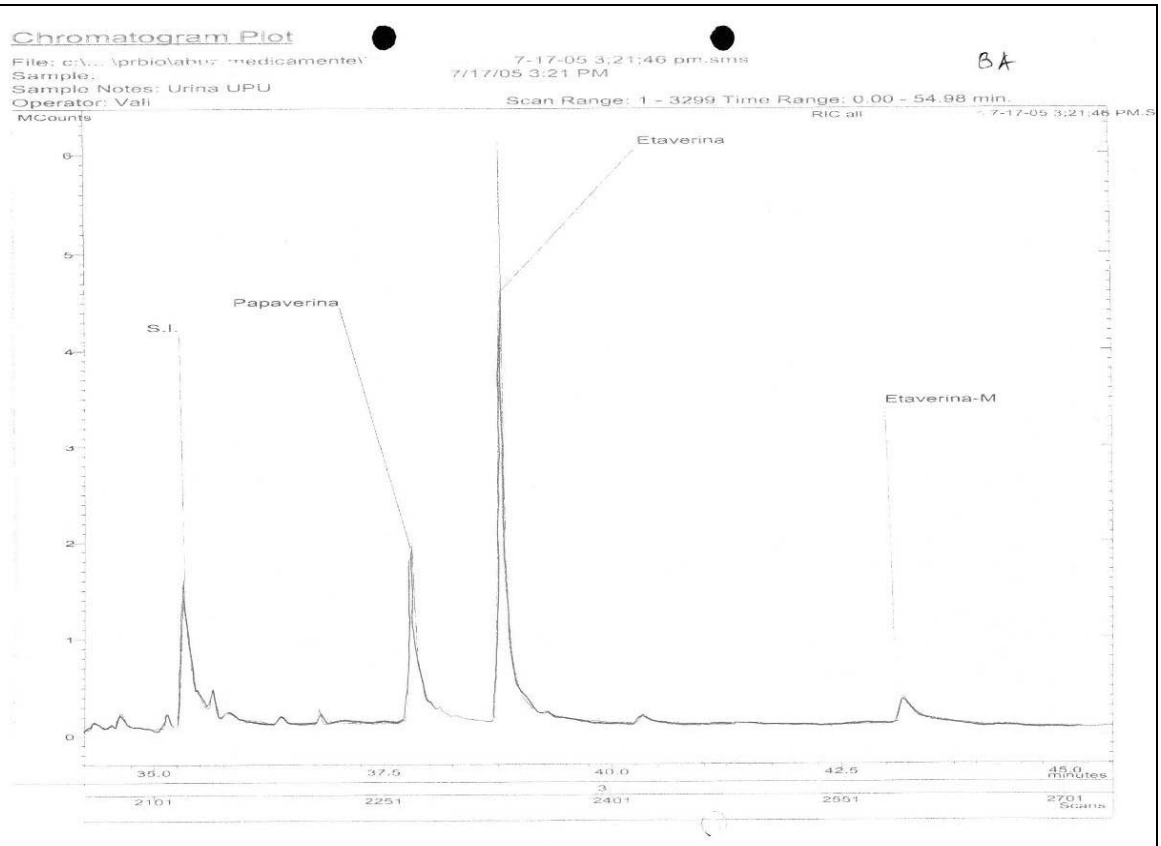


Fig nr. 40

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Papaverină** si **Etaverină**.

A fost identificat si un metabolit de Etaverină.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

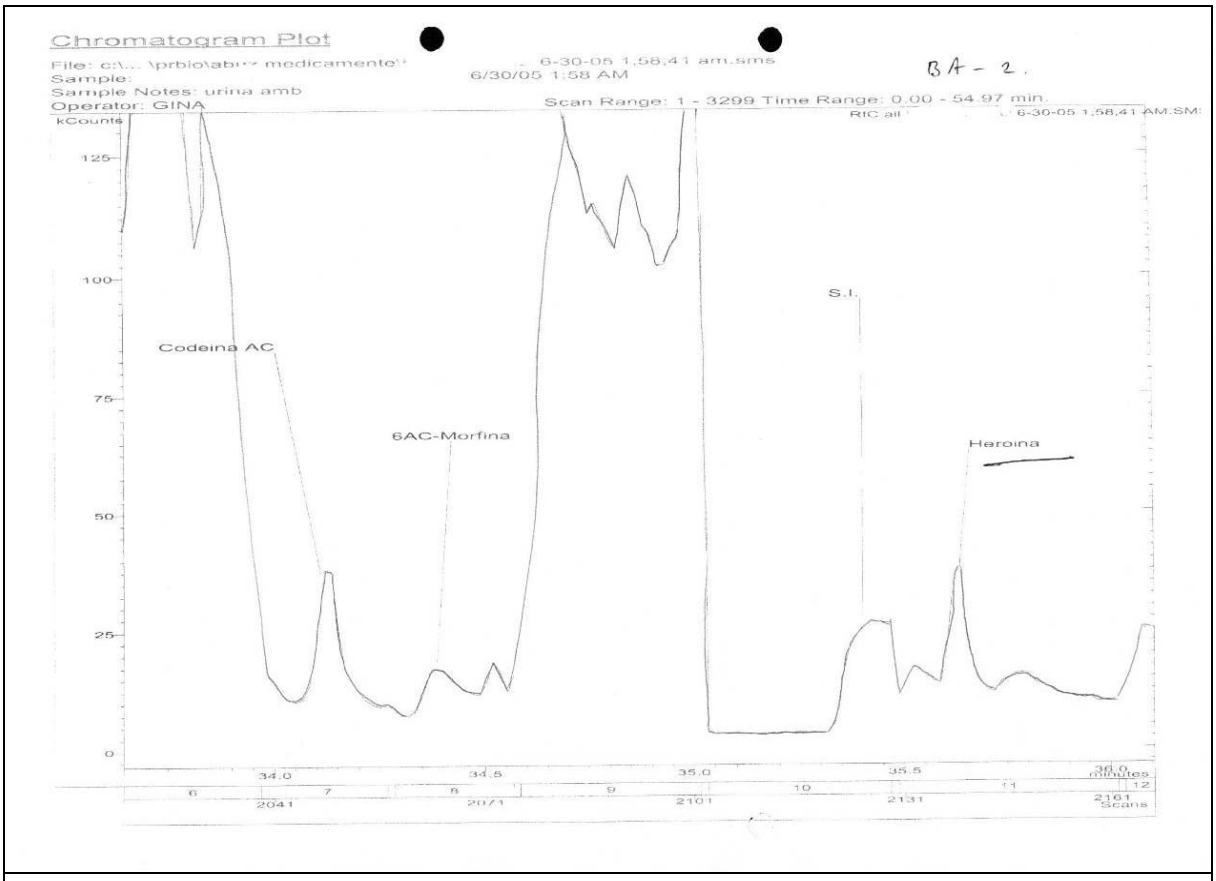


Fig nr. 41

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru **Codeină AC** si **Heroină**.

A fost identificat metabolitul de Heroină, si anume, **6AC Morfină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I

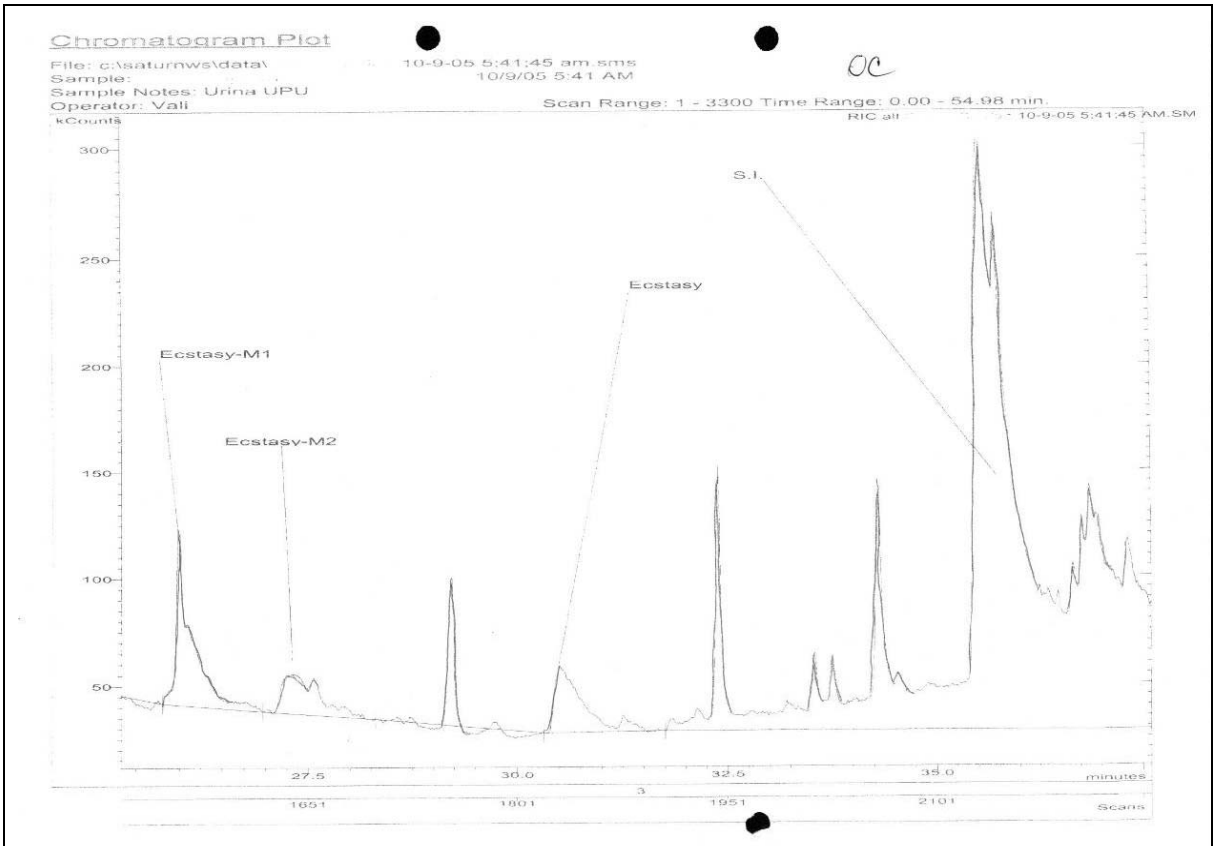


Fig nr. 42

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS.

Proba este pozitivă pentru Ecstasy.

Au fost identificati si 2 metaboliti de Ecstasy (M1 si M2).

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I

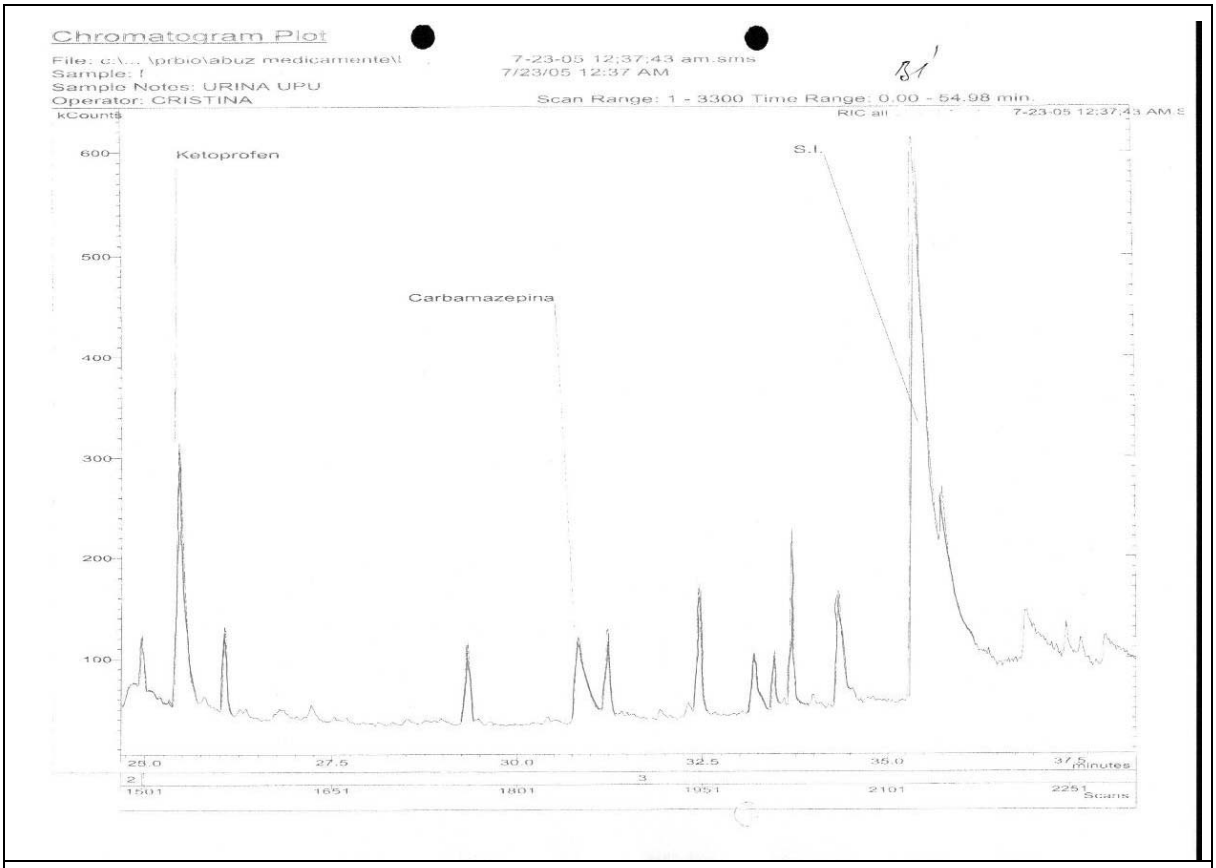


Fig nr. 43

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de **Ketoprofen** si **Carbamazepină**.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

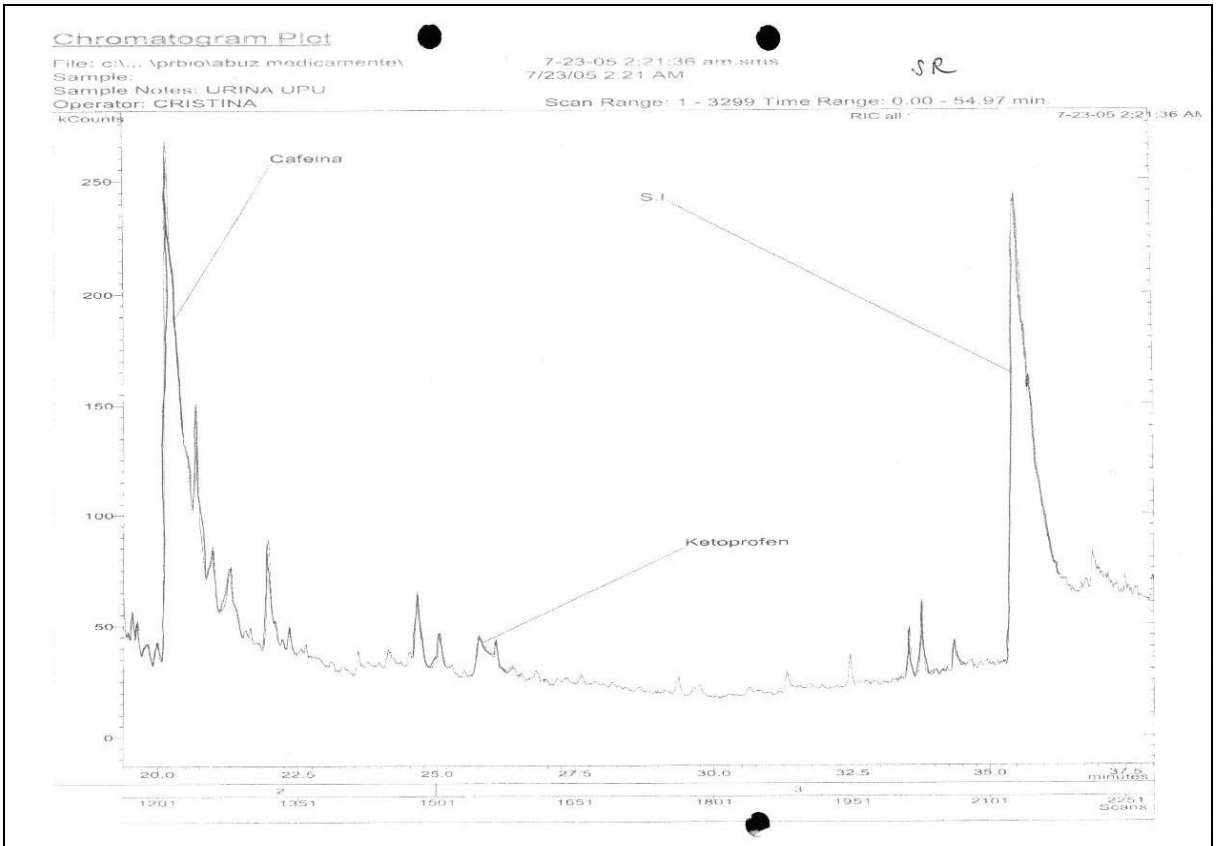


Fig nr. 44

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, care pune în evidentă prezenta de Cafeină si Ketoprofen.

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I

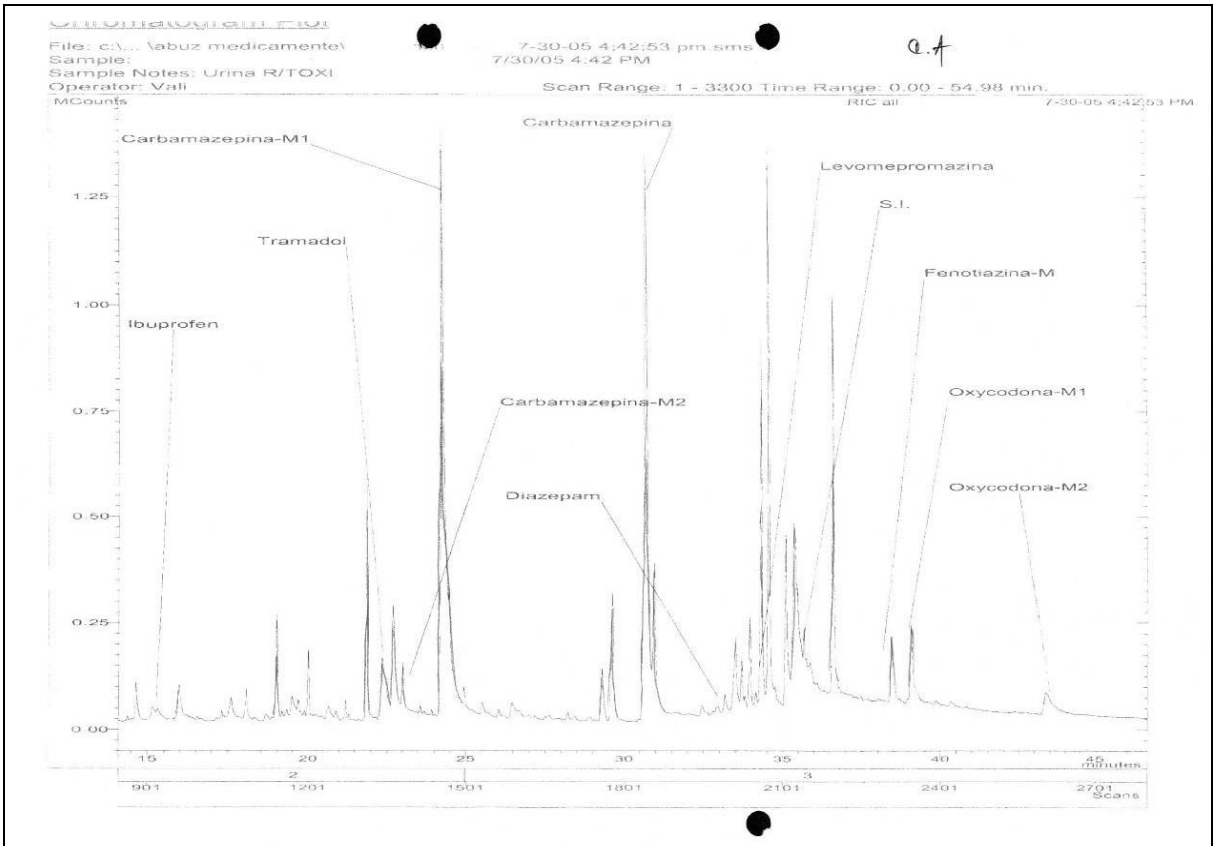


Fig nr. 45

Cromatograma totală obtinută la analizarea unei probe de urină, prin metoda GC/MS, în urma unei ingestii polimedicamentoase.

Proba este pozitivă pentru următoarele substanţe: **Ibuprofen, Tramadol, Carbamazepină, Diazepam, Levomepromazină, Fenotiazină** si **Oxycodonă.**

Este pus în evidentă si picul de standard intern, S.I.

ELEMENTE DE PRACTICA PSIHIATRICA ÎN DEPENDENȚA DE DROGURI

INTRODUCERE ÎN ELEMENTE DE PRACTICĂ PSIHIATRICĂ ASUPRA DEPENDENŢEI DE DROGURI

În ultimii ani, fenomenul dependenţei de droguri a luat amploare din ce în ce mai mult, luând prin surprindere structurile statului, reprezentate atât de specialişti, în număr destul de redus, cât şi de serviciile de tratament insuficient acoperite.

Existenţa unui număr redus de servicii de dezintoxicare şi a unui număr şi mai redus de servicii de terapie de postcură determină rezultate scăzute în domeniul tratamentului dependenţei de droguri. De aceea, se impun eforturi susţinute de colaborare între specialiştii care lucrează în domeniu pentru asigurarea coerenţei şi continuităţii tratamentului pacientului dependent.

Una dintre soluţiile propuse de echipa terapeutică a Fundaţiei de Îngrijiri Comunitare, care îşi desfăşoară activitatea din noiembrie 2003, a fost realizarea unei strânse colaborări cu secţia XVI de dezintoxicare a Spitalului Alexandru Obregia, pentru asigurarea continuităţii tratamentului. Astfel, specialiştii Fundaţiei de Îngrijiri Comunitare s-au deplasat în cadrul secţiei de dezintoxicare, au evaluat, selectat şi preluat pacienţii pentru integrarea lor în lanţul terapeutic, asigurând servicii integrate de postcură şi măsuri de reintegrare socială.

Pacienţii care s-au adresat direct centrului nostru, în urma unei evaluări complete care să evidenţieze un nivel motivaţional crescut şi suport adecvat, li s-a efectuat cura de dezintoxicare ambulatorie, demonstrând că aceasta reprezintă o variantă reală şi viabilă de dezintoxicare.

În ghidul de faţă ne-am propus următoarele obiective:

- prezentarea rolului şi importanţei curei de dezintoxicare şi a integrării în lanţul terapeutic, precedată de o bună evaluare bio-psiho-socială şi urmată de reintegrare socială;
- prezentarea unor metode de dezintoxicare, ţinând cont de faptul că, în România, drogul cel mai fecvent consumat este heroina, administrată intravenos;
- evidenţierea importanţei lucrului în echipa multidisciplinară;
- sublinierea necesităţii colaborării între serviciile de tratament ;
- prezentarea tipurilor de unităţi de tratament de dezintoxicare.

Ghidul porneşte de la întrebările care se impun în cazul tratamentului de dezintoxicare; este nevoie sau nu de dezintoxicare, unde se realizează cura de dezintoxicare, ce metodă de tratament se potriveşte cel mai bine pacientului evaluat, care este echipa terapeutică şi care este următorul pas după această cură. În ciuda dezidealizării de către unii şi desacralizării de către alţii, momentul dezintoxicării este important şi delicat, întru-cât pune în scenă dorinţa oricărui dependent de droguri de a-şi abandona farmacodependenţa.

Fără a fi precedată de o bună evaluare şi urmată de măsuri psihosociale, dezintoxicarea nu garantează succesul terapeutic.

Elaborarea ghidului este rezultatul colaborării dintre medicul şef al secţiei XVI de dezintoxicare din cadrul Spitalului Al. Obregia, dr. Lucian Vasilescu şi specialiştii centrului de postcură ambulatorie ai Fundaţiei de Îngrijiri Comunitare. Serviciile furnizate de centrul nostru se

realizează în cadrul unui program finanţat de Guvernul Canadian "Servicii integrate pentru tinerii afectaţi de consumul de droguri".

Ghidul se adresează următoarelor categorii de profesionişti care lucrează sau doresc să se formeze în domeniul dependenţelor: medici psihiatrii şi generalişti, psihologi, asistenţi sociali. Ne propunem astfel să venim în întâmpinarea nevoilor de pregătire în domeniul dependenţelor, în parteneriat cu Agenţia Naţională Antidrog.

Întrebări care se impun:

1. Care este locul dezintoxicării în strategiile de îngrijire pentru toxicomanii la opiacee?
2. Cum se pregăteşte şi cum se organizează dezintoxicarea?
3. Care sunt modalităţile şi condiţiile practice de dezintoxicare?
4. Ce îngrijiri urmează după dezintoxicare?

Media, politicienii, responsabilii şi practicienii, dezbat actualmente tot mai mult acest subiect, din trei motive principale:

- Efectul de masă care tinde să transforme o situaţie clinică delicată, într-o problemă majoră, în continuă creştere, de sănătate publică;
- Complexitatea situaţiilor în care se află persoanele dependente de opiacee şi mai ales multiplicarea cazurilor de politoxicomanie; amestecul neliniştitor între dependenţa de droguri ilicite, de medicamente, de produşi utilizaţi în cadrul substituţiei sau alcool;
- Dificultăţile întâlnite de cei apropiaţi pacienţilor şi de profesionişti de a-şi desfăşura activitatea zilnică şi de a găsi repere comune pentru a comunica.

Dependenţa de heroină dă naştere unor probleme sociale din ce în ce mai importante. Indiferent de punctul de vedere al fiecăruia despre abuzul de substanţe psihic active (păcat, infracţiune, prost obicei sau boală), societatea are dreptul să spere că o politică de sănătate publică eficientă va reduce criminalitatea legată de drog, lipsă de ocupaţie, disfuncţia familială, folosirea disproporţionată a structurilor medicale.

În ciuda progreselor ştiinţei din ultimii ani, încă nu putem explica pe deplin procesele fiziologice şi psihologice care transformă consumul voluntar şi „controlat" al drogurilor şi/sau alcoolului în dependenţa involuntară şi necontrolată la aceste substanţe şi nici nu am descoperit încă „vindecarea". Ceea ce poate fi făcut, este de a trata „eficient", oferind societăţii „suficient de mult" pentru investiţiile pe care le face în terapie.

Numeroase studii au arătat, pentru toxicomanii tratati, îmbunătăţiri semnificative din punct de vedere statistic şi clinic a modului de a folosi drogul, a stării generale de sănătate şi a funcţionării în societate. Aceste îmbunătăţiri se vor reflecta în diminuarea problemelor şi costurilor suportate de societate. Toate cercetările efectuate subliniază eficienţa superioară a diferitelor forme de tratament comparativ cu lipsa tratamentului sau cu aplicarea măsurilor exclusiv coercitive.

Principalele faze ale tratamentului abuzului de substanţe sunt:

- dezintoxicarea/stabilizarea;
- reabilitarea;
- îngrijirea continuă, pe termen lung.

Cercetătorii sunt de acord în a folosi ca indicator predictiv al eficienţei unui tratament durata sa. Programele terapeutice în care se recomandă durate lungi, au rezultate mai bune, la fel şi pacienţii care rămân mai mult timp în tratament, indiferent de tipul acestuia. Pentru cei cu forme severe de dependenţă, cel mai bun tratament posibil ar trebui să fie:

- Permanent, ca în orice formă de boală cronică;
- Capabil să gestioneze multiplele probleme ce favorizează recăderea (cum ar fi simptomele medicale, psihiatrice sau instabilitatea socială);
- Bine implementat în societate pentru o monitorizare continuă şi anticiparea recăderilor.

La nivelul actual al cunoştinţelor noastre, dependenţa este considerată o tulburare cronică evoluând cu remisiuni şi recăderi. Este adevărat că nu toate cazurile sunt cronice şi că unii dintre cei ce întrunesc criteriile de dependenţă îşi revin complet, fără nici un tratament. Totuşi, marea majoritate experimentează multiple recăderi după tratament şi vor păstra vulnerabilitatea la recădere timp de mai mulţi ani, poate chiar o viaţă întreagă. Considerând dependenţa o condiţie cronică, nu este de mirare de ce încarcerarea sau dezintoxicarea de scurtă durată nu sunt eficiente.

Cercetările efectuate sunt clare asupra următoarelor puncte:

- Educaţia nu corectează dependenţa de droguri; aceasta este mai mult decât o lipsă de informare;
- Consecinţele negative ale consumului de droguri (afecţiunile somatice, arestarea, pierderea slujbei etc.) se dovedesc a fi stimuli importanţi ce duc la intrarea în sistemul de tratament;
- Sunt extrem de puţin cei ce pot profita de pe urma unei abordări corecţionale. Rata recăderilor după încarcerare este enormă;
- Dependenţa nu se poate încadra în conceptul simplu de a fi dezintoxicat şi de a elimina apoi complet drogurile din propria viaţă. Rata recăderilor după dezintoxicare este aproape la fel de mare ca după încarcerare.

Eşecul curei de dezintoxicare rapidă, „în urgenţă" şi entuziasmul pentru măsurile de reducere a riscurilor asociate consumului, conduc în mod logic la o serioasă reflecţie asupra locului şi rolului sevrajului în ameliorarea suferinţelor pacienţilor şi a dificultăţilor celor ce-i îngrijesc.

Dependenţa, sau „aptitudinea de a fi dependent", nu se rezumă la comportamente sau conduite. Ea se integrează în ansamblul psihismului subiectului, în istoria sa personală şi viitorul său. În aceste condiţii, detoxifierea nu-şi poate găsi locul şi nu poate avea sens decât în cadrul unei asistenţe globale, a unui lanţ terapeutic complex. Alegerea obiectivelor, a modalităţilor concrete, a momentului dezintoxicării, sunt indisolubil legate de analiza multidimensională a situaţiei personale medicale, psihologice şi sociale a subiectului şi impun lucrul în echipă.

PRINCIPIILE UNUI TRATAMENT EFICIENT

1. Nu există un tratament unic, potrivit tuturor indivizilor. Reuşita individualizării tuturor serviciilor şi intervenţiilor terapeutice la problemele şi nevoile fiecărui pacient este indispensabilă pentru atingerea obiectivului final de reintegrare familială, profesională şi socială.
2. Tratamentul trebuie să fie rapid, disponibil. Toxicodependenţii sunt adesea nehotărâţi în a urma un tratament şi este crucial să fie valorizat momentul în care se simt pregătiţi.
3. Tratamentul eficient nu se adresează doar dependenţei de drog, vizând nevoile multiple ale unei fiinţe umane. Pentru a reuşi, tratamentul are în vedere atât consumul de drog cât şi orice problemă adiţională din sfera medicală, psihologică, socială, vocaţională, legală.
4. Tratamentul individualizat şi planul de servicii trebuie evaluate în mod periodic şi modificate atunci când este necesar, în aşa fel încât planul să fie adaptat nevoilor în permanentă schimbare ale unei persoane. Orice pacient are nevoie de o variată combinaţie de servicii de-a lungul tratamentului şi recuperării. În plus faţă de consiliere şi psihoterapie, un pacient poate necesita uneori medicaţie sau alte servicii medicale, terapie de familie, reabilitare vocaţională, servicii sociale sau consiliere juridică. Este important ca tratamentul să fie adaptat la vârstă, sexul, etnia, cultura fiecăruia.
5. Rămânerea în tratament o perioadă suficient de lungă este critică pentru eficienţa tratamentului. Durata adecvată depinde de problemele şi nevoile fiecăruia. Pentru mulţi dintre pacienţi, aşa cum arată cercetările, pragul unei ameliorări semnificative este atins după 3 luni de tratament. După depăşirea acestui prag, tratamentele adiţionale pot conduce la noi progrese spre recuperare. Dat fiind că cel mai adesea pacienţii părăsesc în mod prematur programele, acestea ar trebui să includă strategii de motivare şi menţinere în tratament.
6. Tehnicile de terapie cognitiv comportamentală, inclusiv consilierea individuală sau de grup sunt componente indispensabile ale tratamentului addicţiilor. În terapie, pacienţii îşi consolidează motivaţia, capătă aptitudini de a rezista tentaţiei consumului, descoperă activităţi gratifiante ce nu implică drogul, pentru a le înlocui pe cele vechi, şi-şi îmbunătăţesc abilităţile de rezolvare a problemelor. Terapia comportamentală facilitează relaţiile interpersonale şi disponibilităţile individuale de a funcţiona în familie şi comunitate.
7. Medicaţia reprezintă o parte importantă a tratamentului, mai ales atunci când este însoţită de consiliere şi alte tipuri de terapii comportamentale.
8. Pacienţii cu dublu diagnostic (coexistenţa dependenţei cu o tulburare psihică) trebuie să fie evaluaţi şi trataţi pentru ambele afecţiuni în mod simultan şi integrat.
9. Dezintoxicarea reprezintă doar primul pas în tratamentul addicţiilor şi prin ea însăşi realizează doar puţine schimbări în destinul consumatorului pe termen lung. Detoxifierea asistată medical se ocupă de simptomele fizice acute ale sevrajului, consecutive întreruperii administrării drogului. Ea este arareori suficientă pentru a ajuta toxicodependenţii să obţină abstinenţa pe termen lung, dar în majoritatea cazurilor este indispensabilă ca început al unui tratament eficient.
10. Pentru a fi eficient, tratamentul nu trebuie să fie în exclusivitate voluntar. Motivaţia solidă facilitează procesul terapeutic. Unele sancţiuni, aplicate în domeniul familial,

profesional sau juridic pot face să crească în mod semnificativ atât intrarea, cât şi rămânerea în tratament.

11. Posibilul consum de drog în timpul tratamentului trebuie să fie monitorizat cu atenţie. Alunecările spre consum pot surveni în timpul tratamentului. Monitorizarea obiectivă a consumului de droguri şi alcool, prin testarea metaboliţilor drogurilor în urină sau orice alt fel de teste ajută la conştientizarea şi depăşirea poftei. De asemenea, testele furnizează o dovadă precoce, care permite ajustarea planului individual de tratament. Feedback-ul către pacienţii depistaţi pozitiv este un element important al monitorizării.
12. Orice program de tratament trebuie să ofere evaluare pentru HIV/SIDA, hepatită B şi C, tuberculoză şi alte boli infecţioase, precum şi consiliere, pentru a ajuta pacienţii să-şi modifice comportamentul. Programul se va adresa atât pacienţilor cât şi celor din jurul lor aflaţi în grupul de risc. Consilierea îi poate ajuta să evite un comportament de mare risc şi îi poate ajuta pe cei deja infectaţi să-şi controleze afecţiunea.
13. Recuperarea este un proces de lungă durată şi necesită adesea multiple episoade de tratament. Ca şi în cazul altor boli cronice, recăderea poate să apară după încheierea unui episod terapeutic reuşit. Toxicodependenţii au nevoie de tratament pe termen lung pentru a-şi menţine abstinenţa. Participarea la programe de autosuport în timpul şi după tratament este adesea utilă.

CARE ESTE LOCUL DEZINTOXICARII IN STRATEGIILE DE INGRIJIRE PENTRU TOXICOMANII LA OPIACEE?

2.1. Complexitatea problemei

Toxicomanul este în primul rând o persoană. Însuşi termenul de toxicoman este criticabil, putând orienta către simplul consumator de droguri. Toxicomania nu poate fi redusă doar la o singură conduită sau comportament.

Toxicomanul devine pacient atunci când se orientează spre sistemul de sănătate, cu cererea de a fi ajutat. Ţinând cont de morbiditatea asociată, diversă, recidivantă şi adesea cronică, abordarea sa nu poate fi decât transnosografică, multidisciplinară. Disfuncţionalităţile bio-psiho-sociale şi suferinţa autentică, justifică acordarea de îngrijiri. Echipa terapeutică, în faţa acestui pacient, are anumite obiective de îndeplinit. Tratamentul simptomelor, al durerii, al maladiilor adiacente, se asociază tratamentului elementului central, dependenţa, al cărui scop final este oprirea definitivă a folosirii substanţei. Dezintoxicarea îşi găseşte loc şi capătă valoare doar în cadrul unei strategii globale de tratament pentru aceste persoane.

2.2. Precizări necesare

Locul şi natura detoxifierii, al abstinenţei sau substituţiei în cadrul abordării terapeutice globale a pacientului, obligă la precizări. Este important de notat că punctele de vedere s-au modificat pe măsura evoluţiei sistemelor de valori, a cunoştinţelor ştiinţifice, a practicilor (toxicomanilor şi sistemelor de îngrijire), a comorbidităţii, a perspectivelor avute în vedere. Astfel, cuvinte ca droguri, drogaţi, toxicomani, au primit sensuri atât de diferite, încât au devenit improprii folosirii lor de către o politică de sănătate.

Aşa cum preconizează OMS, se recomandă folosirea termenilor de substanţe psihic active, consum de substanţe psihic active, punându-se accentul pe dimensiunea esenţială care este dependenţa.

Această dependenţă, elementul central al problematicii pacientului, este, în mod evident, în primul rând faţă de o substanţă, dar în acelaşi timp se manifestă şi în planul relaţional. Este primordială dependenţa psihică, ce se caracterizează prin căutarea compulsivă a satisfacţiei şi dorinţa de a repeta sau de a prelungi folosirea drogului în scopul provocării plăcerii (din păcate, cu trecerea timpului, nici măcar plăcerea nu mai este prezentă la întâlnire, ea transformându-se în evitarea suferinţei). Dependenţa fizică, este definită ca o stare de adaptare biologică la drog, însoţită de toleranţă şi exprimată prin apariţia sindromului de sevraj la diminuarea dozelor sau încetarea administrării substanţei. În ceea ce priveşte depăşirea sevrajului, departe de a fi un scop în sine rezumând tratamentul, nu are sens decât ca element al unui program global, conceput pe termen lung. Detoxifierea are deci nu numai o utilitate directă (scăderea consumului de opiacee sau abstinenţă totală), dar şi indirectă (conştientizarea dependenţei, dorinţa subiectului de a se integra în sistemul de îngrijiri medicale şi medico-sociale, luare în evidenţă pe termen lung, ajutor în vederea inserării familiale, profesionale, sociale). În ceea ce priveşte problema abstinenţei, toate studiile arată că evaluarea viitorului subiectului dependent de opiacee nu se poate baza în mod unic pe prezenţa sau absenţa consumului; adaptarea socială, tulburările psihopatologice, funcţionarea psihologică generală, problemele medicale, conduitele antisociale, sunt tot atâtea dimensiuni de care trebuie ţinut cont în evaluarea eficacităţii unui tratament.

Referitor la substituţia pe termen lung, importanţa sa în evitarea sevrajului este subliniată de toţi expertii, remarcându-se însă că este un excelent instrument pentru stabilizarea dependenţei, dar în nici un caz nu o dezintoxicare.

2.3. Dezintoxicare sau substituţie, opoziţie sau complementaritate?

Această întrebare a dat şi dă naştere multor controverse. La cele două extreme, se situează cei care susţin fie că dezintoxicarea în vederea unei abstinenţe totale este singurul obiectiv posibil al unui demers terapeutic, sau că singurul răspuns adecvat ar fi substituţia, chiar şi în lipsa unui proiect de reducere a dependenţei. Nu trebuie uitat nici faptul că detoxifierea se poate face cu tratament substitutiv.

Considerăm că atât dezintoxicarea cât şi substituţia sunt acte terapeutice valoroase. În momentul evaluării globale, ţinînd cont de comorbiditate, prezenţa polidependenţei, situaţia socială, motivaţia şi dorinţele pacientului, apreciind fiecare situaţie în complexitatea şi unicitatea ei, se poate pune problema abstinenţei totale sau a substituţiei. Traiectoria subiectului, care se întinde cel mai adesea de-a lungul a mai multor ani, ne va determina să folosim când una când cealaltă metodă, ambele înscriindu-se în proiectul terapeutic pe termen lung.

2.4. **Obiective individuale şi de sănătate publică ale dezintoxicării**

Obiectivele individuale trebuie să se adapteze la necesităţile, dorinţele, aşteptările pacientului şi familiei sale fără a se limita la atât. De-a lungul consultaţiilor, medicul va arăta obiective ce pot fi îndeplinite pe termen scurt, mediu sau lung, pentru a înscrie actul medical într-o continuitate. Pe termen scurt ar putea fi obiective medicale, sociale, psihologice, prevenind efectele nedorite ale recăderilor; pe termen lung menţinerea abstinenţei va ramâne scopul principal dar non-exclusiv al tratamentului.

Obiectivele de sănătate publică sunt dominate de reducerea riscurilor asociate consumului, de la infecţiile virale şi până la consecinţele sociale ale dependenţei la opiacee.

Se poate pune întrebarea concordanţei existente între obiective individuale şi de sănătate publică, în condiţiile în care obiectivele de sănătate publică nu se substituie unei abordări individualizate, centrate pe grija faţă de persoană, ci o completează.

Diversitatea itinerariilor, a facilităţilor de tratament şi a terapeuţilor

Dacă este adevărat că diversitatea este o valoare, dacă discontinuitatea face parte integrantă din procesul terapeutic pe termen lung, totuşi punerea la punct a unui cadru instituţional coerent este condiţia de bază a unui sistem de tratament care să permită fiecărui terapeut să-şi găsească locul în globalitatea intervenţiilor.

CUM SE PREGĂTEŞTE ŞI CUM SE ORGANIZEAZĂ DEZINTOXICAREA?

Pregătirea şi organizarea dezintoxicării, poate fi descrisă, schematic, în trei timpi diferiţi:

- Primul contact;
- Evaluarea;
- Negocierea contractului terapeutic.

Primul contact

Condiţiile şi construirea relaţiei terapeutice

Cererile iniţiale de îngrijire medicală sunt multiple şi nu se limitează la solicitarea (totuşi de departe cea mai frecventă) a unei dezintoxicări în urgenţă: dureri legate de sevraj, complicaţii somatice, supradoză, accident de circulaţie. Nu sunt rare nici cazurile când pacienţii sunt presaţi de alţii să solicite un tratament. Dacă intenţia terapeutului rămâne, înainte de orice, să reuşească în final ca persoana dependentă să se elibereze de conduita sa toxicomaniacă, există consensul pentru a recunoaşte că rezultatul nu va putea fi obţinut decât la capătul unui parcurs îndelungat, presărat cu numeroase recăderi; unul dintre primele obiective ale terapiei este de a ajuta pacientul să-şi deplaseze dependenţa asupra altor obiecte. Iată de ce, este important de folosit momentul primei întâlniri, nu doar pentru a răspunde la o eventuală cerere de dezintoxicare (urgenţa cererii poate fi considerată şi simptomul negării necesităţii unui parcurs îndelungat), ci pentru a încerca înainte de orice crearea unei relaţii terapeutice. Unii autori preferă ca în domeniul dependenţelor să folosească termenul de „alianţă terapeutică", dar de fapt nu alegerea denumirii este importantă. Contează capacitatea de a adopta o poziţie terapeutică, în mod clar diferită de o atitudine moralizatoare sau dimpotrivă, fuzională faţă de pacient. Confidenţialitatea, încrederea şi respectul reciproc sunt aceleaşi ca în orice relaţie terapeutică. Specificitatea cererii de detoxifiere este legată de faptul că pacientul se prezintă într-un moment privilegiat, în care conştientizează (chiar dacă în mod superficial) propria neputinţă de a se elibera singur din sclavia substanţei. Asemenea ocazie nu trebuie ratată! În acest scop, este indicat ca pacientul să aibă acces liber şi uşor către terapeutul pe care-l alege, ceea ce presupune pentru acesta o disponibilitate adecvată dar şi o formare corespunzătoare.

Diferitele porţi de intrare în sistemul terapeutic

Există consens asupra necesităţii existenţei unui sistem terapeutic pluridisciplinar pentru persoanele dependente de opiacee şi se preconizează coordonarea diferiţilor actori într-o reţea de îngrijiri centrată asupra pacientului. Pacientul ar trebui să rămână liber de a se adresa interlocutorului pe care-l alege. În nici un caz reţeaua nu trebuie concepută ca o structură autoritară, impunând un parcurs terapeutic predeterminat. Chiar atunci când pacientul este trimis pentru tratament în cadrul unui ordin judiciar de tratament, el ar trebui să găsească aceiaşi libertate de alegere.

Această organizare în reţea nu urmăreşte „capturarea" pacientului într-un sistem instituţional. Ea trebuie înţeleasă ca o vastă logistică în serviciul relaţiilor dintre diferiţii terapeuţi, cu scopul de a putea propune persoanei dependente un tratament global şi multi-disciplinar. Finalitatea reţelei

este de a favoriza coerenţa sistemului terapeutic, indiferent de poarta de intrare a pacientului, garantând în acelaşi timp separarea clară a funcţiilor terapeutice.

Pe de altă parte, în condiţiile generale prevăzute de lege, posibilitatea unei internări psihiatrice nonvoluntare există, ca de exemplu în cazul decompensării unei patologii mentale severe, care face ca dependenţa să treacă pe planul secund.

Evaluarea

Evaluarea psihopatologică

Dependenţa nu prezintă specificităţi nosografice şi evaluarea psihopatologică se face după regulile obişnuite, adesea de-a lungul a mai multor consultaţii.

Este un moment indispensabil, pentru că va condiţiona construirea ulterioară a unui cadru psihoterapeutic, după ce va fi permis conturarea unei orientări diagnostice.

Evaluarea dependenţelor

Evaluarea dependenţelor nu va căpăta valoare şi credibilitate decât după construirea unei relaţii terapeutice. Este indispensabilă, cu atât mai mult cu cât simple declaraţii de dependenţă pot fi făcute în scopul obţinerii unor avantaje (un produs de substituţie, o internare, un sprijin social sau legal).

Evaluarea dependenţei la opiacee

Pe plan clinic, istoricul relaţiei cu produsul trebuie explorat, mai ales în articularea sa cu istoria personală şi familială a pacientului, luând în considerare atât debutul (momentul şi circumstanţele primei utilizări de opiacee), cât şi integralitatea parcursului: doze, cale de administrare, produşi de substituţie, doză maximă, conduite de risc). O atenţie deosebită trebuie acordată supradozelor sau a accidentelor, considerate ca indici de severitate a dependenţei.

Evaluarea altor dependenţe asociate (polidependenţa)

Co-dependenţa la alte substanţe este frecventă. De fiecare dată, ea trebuie să fie sistematic căutată. Principalele substanţe implicate sunt tutunul, derivaţii de cannabis, alcoolul, benzodiazepinele, cocaina, amfetaminele(şi lista poate continua). Ca şi în cazul produsului principal, istoricul relaţiei cu aceste diverse substanţe trebuie să fie explorat cu atenţie. Evidenţierea polidependenţei va fi un element deosebit de important în alegerea ulterioară a planului terapeutic. În afara substanţelor asociate, evaluarea va insista şi în căutarea dependenţelor de situaţii sau relaţionale.

Evaluarea socială iniţială

Toţi autorii sunt de acord să admită că prognosticul pe termen lung este strâns legat de inserţia socială a pacientului. Aceasta trebuie deci să fie evaluată cu mare atenţie, cu scopul de a putea pune în aplicare, la nevoie, măsuri de reinserţie.

Evaluarea situaţiei sociale a persoanei dependente, trebuie să precizeze cel puţin următoarele puncte: prezenţa sau absenţa actelor de identitate, a asigurărilor de sănătate (pentru a permite accesul uşor şi direct la diversele servicii medicale), sursa de venit, mod de subzistenţă, situaţia

financiară (datorii legate de trafic sau de jocuri de noroc), nivelul de şcolarizare, formarea şi inserarea profesională, locuinţă, probleme cu justiţia, posibilitatea unor sancţiuni penale ce ar putea influenţa procesul terapeutic. În mod egal de o mare importanţă este explorarea legăturilor de familie şi sociale. Trebuie ţinut cont de prezenţa şi competenţa familiei şi a grupului de prieteni şi identificaţi toţi cei ce pot încuraja şi susţine pacientul în demersul său terapeutic.

Evaluarea somatică

Examenul clinic şi probele biologice sunt fundamentale, pe de o parte ca bilanţ de intrare în sistemul de îngrijiri medicale, dar mai ales pentru că permit elaborarea unei părţi importante a proiectului terapeutic referitor la atitudinea faţă de bolile infectioase specifice şi prevenirea durerilor de sevraj (ce pot fi amplificate de dimensiunea somatică).

Complicaţiile consumului de heroină (mai ales pe cale i.v.) trebuie să fie bine cunoscute şi căutate în mod sistematic.

Multe complicaţii se datorează proprietăţilor drogului, supradozei sau comportamentului asociat consumului de drog. Complicaţiile comune includ tulburări pulmonare, hepatice, articulare, imunologice şi neurologice.

- **Pulmonare**

Pot apare complicaţii pulmonare cum ar fi: pneumonia bacteriană, pneumonia de aspiraţie, abcese pulmonare, embolie pulmonară, atelectazie, fibroză pulmonară de la microcristalele de talc cu care este amestecată heroina. Dependenţa cronică de heroină determină scăderea capacităţii vitale şi o moderată scădere a capacităţii de difuziune. Aceste efecte sunt distincte faţă de edemul pulmonar care poate apare în cazul heroinei administrate intravenos. Heroina administrată sub formă de fumat, una sau mai multe doze pe zi, creşte susuceptibilitatea pacienţilor la infecţii pulmonare.

- **Hepatice**

Consumul de heroină sub formă injectabilă favorizează transmiterea hepatitelor B şi C, în cazul folosirii în comun a seringilor. Consumul asociat de alcool la pacienţii cu hepatite poate induce tulburări grave hepatice.

- **Musculare şi osoase**

Cea mai frecventă complicaţie musculoscheletică este osteomielita, datorată folosirii materialului nesteril de injectare. S-au descris cazuri de spondilită şi sacroileită. În miozită, muşchiul brahial este afectat datorită manipulării greşite a acelor în timpul administrării drogului, iar fasciculul muscular este practic înlocuit de o masă calcificată (metaplazie extraosoasă).

- **Imunologice**

Hipergamaglobulinemia de tip Ig.G şi Ig.M apare în 90% din cazuri. Motivul acestor modificări imunologice nu este foarte bine cunoscut, dar poate arăta stimularea antigenică datorată infecţiilor sau administrării zilnice sub formă injectabilă a unor substanţe străine organismului. În cazul administrării metadonei nivelul seric al globulinelor Ig.G şi Ig.M scade. Consumatorii de heroină sau alte droguri injectabile prezintă un risc crescut pentru infecţie HIV, datorită folosirii în comun a seringilor.

- **Neurologice**

În dependenţa de opiacee, tulburările neurologice sunt complicaţii neinfecţioase ale comei şi ale anoxiei consecutive supradozelor. Pot să apară ambliopia toxică, mononeuropatiile şi

polineuropatiile, sindromul Guillan – Barre, complicaţii cerebrale secundare endocarditei bacteriene (meningita bacteriană, anevrism micotic, abces subdural şi epidural).

Unele complicaţii neurologice se pot datora reacţiei alergice declanşată de substanţele cu care este amestecat drogul.

- **Alte complicaţii**

Se descriu şi alte complicaţii, cum ar fi: abcesele superficiale cutanate, celulita, limfangita, limfadenita, flebite datorate administrării intravenoase a drogului. De notat că unii consumatori încep să-şi administreze drogul sub forma injecţiilor subcutanate şi se reîntorc la acest mod de administrare (sau solicită ajutor medical) atunci când întregul capital venos este deteriorat.

Se acordă o deosebită atenţie următoarelor probleme: infecţiile cu HIV, VHB, VHC şi cele legate de precaritatea modului de viaţă, starea tegumentelor şi a venelor, examenul stomatologic, al cavităţii bucale şi căilor aeriene superioare, situaţia cardio-pulmonară (mai ales în căutarea infecţiilor acute sau a tuberculozei), starea nutriţională generală şi a aparatului digestiv, eventuale infecţii specifice sau nespecifice ale organelor genitale. Este important ca pacientul să fie prevenit asupra durerilor ce sunt agravate de sevraj (carii dentare, sechele ale unor accidente, ulcer gastro-duodenal, etc.) şi care impun un tratament antalgic bine condus.

Cu atât mai mult cu cât amenoreea este frecventă la consumatoarele de opiacee, graviditatea trebuie căutată în mod sistematic, deoarece ridică probleme deosebite.

Deoarece heroina trece bariera placentară, la naştere nou- născuţii mamelor dependente de heroină prezintă fenomene de sevraj: tremor, convulsii, tahipnee. Transmiterea virusului hepatic B şi HIV este posibilă, de la mamele infectate către nou născut. Femeile însărcinate consumatoare de droguri ar trebui să fie depistate şi înregistrate cât mai precoce şi să li se ofere posibilitatea integrării unui program de menţinere pe metadonă. Se poate discuta dacă abstinenţa mamei nu ar fi cea mai bună soluţie pentru făt, însă recăderea în aceste situaţii fiind regula, riscul ca aceasta să renunţe la supravegherea prenatală ar fi foarte ridicat. Este cunoscut faptul că sevrajul la heroină sau la metadonă în trimestrul III de sarcină poate precipita un travaliu prematur.

Mama aflată în tratament cu metadonă îşi poate îngriji nou născutul, fără a-i produce nici un fel de suferinţă clinică: concentraţia metadonei în laptele matern este minimă.

Femeile dependente de droguri vor fi evaluate:

- Din punct de vedere psihiatric, precizând dacă o eventuală tulburare psihiatrică a precedat sau a debutat ca urmare a consumului de droguri;
- Existenţa anumitor traume sau abuzuri în copilărie sau în prezent;
- Dacă urmează un tratament psihiatric sau orice altă medicaţie şi dacă aceasta a fost sau nu prescrisă de medic;
- Se va efectua în mod sistematic examen clinic general şi examen ginecologic pentru depistarea unei eventuale sarcini.

Există un mare contrast între cererea frecventă şi explicită de detoxifiere şi faptul că adesea, momentul de a o realiza nu este oportun.

Evaluarea oportunităţii, momentului şi cadrului dezintoxicării

În sensul său primar, cuvântul sevraj înseamnă o separare.

Cuvântul trimite la o reprezentare simplă: încetarea unui mod de alimentaţie şi trecerea la o hrană mai consistentă, mai solidă, mai diversă, mai puţin regresivă, mai puţin fuzională. Este sevrajul copilului de sân, separarea de mama, trecerea către stadiul de adult.

În orice caz, „sevraj" trimite cu gândul la o reprezentare despre ÎNAINTE şi DUPĂ, la o ruptură necesară, rapidă, brutală, dificilă; totuşi, nu este mai puţin adevărat că această ruptură va fi urmată în timp de o legatură. Ca şi alimentaţia, dependenţa nu este numai reală. Ea este şi simbolică. În cazul toxicomanului, cuvântul"sevraj" ridică deja o problemă: de ce anume se separă el? Într-adevăr, trebuie să fim doi pentru a ne separa. Deci de ce anume sau de cine se separă toxicomanul? În cazul său, cei doi poli ai separării nu sunt evidenţi ca pentru mamă şi copil. El nu are de ce se separa, decât de o parte din sine-însuşi şi aici este toată dificultatea: cum se poate separa de sine, continuând să existe. Astfel, a evalua oportunitatea, momentul şi cadrul sevrajului înseamnă în primul rând a te implica suficient de mult în istoria personală a unui subiect uman, pentru a descoperi capacitatea persoanei etichetată drept toxicoman, de a se separa de o mare parte din trecutul său, putând totuşi să supravieţuiască.

Pentru a aprecia oportunitatea dezintoxicării, practicianul este obligat să caute răspunsul la următoarele patru întrebări:

- În numele cui?

Persoana dependentă, îşi prezintă cererea de tratament în propriul său nume, sau la presiunea aparţinătorilor, sau ca efect al unei decizii judiciare? Doar cererea negociată cu pacientul, ca reprezentant al propriilor dorinţe, ar trebui să conducă la propunerea unei dezintoxicări.

- Cu ce scop?

În zilele noastre, în România, dezintoxicarea şi abstinenţa imediată şi totală sunt unica expectaţie posibilă pentru mulţi pacienţi, familii şi profesionişti.

Dincolo de cererea imediată de detoxifiere, scopul avut în vedere de pacient trebuie precis conturat, pentru a putea găsi modalităţile terapeutice optime. Poate fi vorba de un sevraj parţial la benzodiazepine cu scopul de a putea urma un program de substituţie pe termen lung, de un sevraj la opiacee pentru stabilizarea consumului, fără a viza abstinenţa durabilă sau de un sevraj la opiacee, trăit ca o modalitate de separare definitivă faţă de substanţă

- La ce produs?

Răspunsul la această întrebare derivă în mod direct din precedenta.

Concepţa clasică este a opririi „tuturor substanţelor consumate", în perspectiva unei dezintoxicări durabile şi a menţinerii abstinenţei. Nu sunt însă deloc rare şi alte situaţii:

Pacientul poate dori un sevraj parţial sau selectiv la alcool, tranchilizante, cocaină sau amfetamine atunci când devine conştient că dependenţa sa la opiacee tinde să fie depăşită de dependenţa la alte psihotrope. Într-adevărăr, în perspectiva instituirii unui tratament de menţinere pe substitut, trebuiesc luate în considerare riscurile asocierii între benzodiazepine, alcool şi produşii de substituţie (cu o menţiune particulară pentru buprenorfină). Sevrajul la alcool şi benzodiazepine va putea permite instituirea unui tratament substitutiv de calitate. Trecând peste această situaţie particulară, întrebarea dacă, în cazul polidependenţei, este indicată dezintoxicarea simultană la toate substanţele sau un sevraj selectiv al opiaceelor sau al celorlalte produse, nu a primit încă un răspuns consensual.

Solicitarea de dezintoxicare de produşi de substituţie (metadonă), atunci când aceştia încep să fie desinvestiţi de către pacient.

Pentru unii toxicomani dezintoxicarea poate reprezenta un mijloc de stabilizare a consumului şi de scădere a dozelor, sau pur şi simplu o pauză, atunci când viaţa cotidiană, supusă legii căutării drogului a devenit epuizantă. Acest tip de situaţie este în general perceput negativ de către echipele terapeutice, în sensul că proiectul este mai puţin clar definit şi mai puţin „clasic" decât dezintoxicarea totală.

Trebuie înţeles că, de o manieră generală, obiectivul oricărui sevraj este de a se integra într-o dinamică a schimbării şi că un număr mare de dezintoxicări trebuiesc privite într-o perspectivă de ameliorare a calităţii vieţii, în cel mai larg sens, somatic, psihic şi social.

- Când?

Oportunitatea dezintoxicării se clarifică în funcţie de fiecare situaţie în parte, de istoria personală a subiectului, de bilantul medical, psihologic, social:

Biografia subiectului;

- Comorbiditatea psihiatrică. Trebuie să ştim să amânăm dezintoxicarea în anumite situaţii psihopatologice în care pacientul este prea fragil pentru a fi capabil să facă doliul substanţei: construirea progresivă de mecanisme de apărare prin psihoterapie constituie o condiţie prealabilă sevrajului;
- Intensitatea apetenţei pentru toxic: relaţia faţă de produs, vechimea, frecvenţa dozelor, regularitatea consumului, calea de administrare, posibilitatea de a se controla, multiplicitatea substanţelor licite sau ilicite utilizate;
- Răsunetul consumului asupra vieţii familiale şi sociale. De exemplu, la un subiect desinserat, marginalizat, este indispensabilă activitatea socio-educativă prealabilă. Trebuie analizată cu grijă presiunea familiei şi modul în care ea este percepută. Existenţa (sau absenţa) susţinerii din partea familiei, ca şi situaţia financiară trebuiesc precizate.
- Evaluarea complicaţiilor somatice este regulă; ele nu contraindică în mod formal detoxifierea; totuşi, momentul descoperirii lor sau de instaurare a unui tratament specific, nu este optim pentru începerea detoxifierii şi nici internarea pentru o afecţiune intercurentă. În aceste situaţii este preferabil de propus un tratament substitutiv, cel puţin până la rezolvarea problemelor medicale.
- Adesea, cu ocazia graviditătii, femeile dependente de opiacee solicită dezintoxicarea; ţinând cont de faptul că oprirea brutală a drogului nu este lipsită de riscuri pentru făt, că perioada de sarcină şi post-partum este în mod potenţial o perioadă de agravare a conflictelor şi angoaselor, este util şi în acest caz de amânat dezintoxicarea şi de propus un tratament de substituţie.
- În acelaşi cadru, se pot nota situaţiile în care tulburări psihiatrice majore preexistente fac sevrajul delicat, prin riscul de reapariţie a simptomelor psihotice sau depresive. Să amintim că este inutil de propus o dezintoxicare prea precoce unui subiect farmacodependent, în perioada de „luna de miere" cu produsul. Ar fi imposibil să facă doliul relaţiei cu substanţa, compromiţând posibilităţile ulterioare de detoxifiere.

Se poate observa că în numeroase cazuri dezintoxicarea nu este oportună. Nu ne rămâne decât să *însoţim* subiectul în toxicodependenţa sa şi să-l ajutăm să rezolve diferite probleme legate de conduita sa toxicomaniacă (complicaţii psihiatrice sau somatice, probleme socio-economice). Este vorba de a se înscrie într-o strategie terapeutică în care abandonarea consumului de substanţe licite sau ilicite nu este de actualitate.

Prin această perspectivă, dezintoxicarea tinde mai mult spre obiectivul de ameliorare a calităţii vieţii decât spre dorinţa idealizată de abstinenţă.

Din păcate, nu există un indicator al momentului favorabil pentru începerea dezintoxicării, probabil datorită heterogenităţii situaţiilor particulare. Persoana dependentă de opiacee nu va reuşi să se separe definitiv de substanţă decât la capătul unui drum lung, care presupune capacitatea de deplasare a dependenţei asupra altor obiecte: tratament de substituţie, relaţie sau instituţie. Este important de subliniat că riscul de recădere, prin el însuşi, nu constituie o contra-indicaţie pentru dezintoxicare. Majoritatea autorilor, sunt de acord să afirme că recăderea constituie un moment firesc în evolutie, ce poate fi privit în mod pozitiv, ca o experienţă de învăţare, utilă pentru identificarea situaţiilor de mare risc şi pentru dezvoltarea abilităţilor de a le face faţă. Totuşi, nu putem să uităm, că există decese prin supradoză, în caz de recădere după detoxifiere (datorită diminuării toleranţei). Astfel dezintoxicarea nu trebuie privită ca un moment anodin, izolat sau decis în urgenţă. Pacientul trebuie evaluat cu grijă şi stabilitatea sa în plan somatic, psihopatologic, social şi judiciar trebuie luată în considerare înainte de a decide iniţierea detoxifierii.

Cum am mai subliniat, este dificil de răspuns în urgenţă la cererea pacientului. Este mult mai util de a face în aşa fel încât cererea de asistenţă să fie precizată şi să se elaboreze un proiect de tratament strict individualizat. Cu adevărat importantă, este reuşita construirii unei alianţe terapeutice, ale cărei obiective vor fi renegociate de-a lungul timpului împreună cu pacientul, întărindu-i în mod constant dorinţa de schimbare. Ca întotdeauna în psihiatrie, TIMPUL şi CONTINUITATEA ÎNGRIJIRILOR sunt aliaţii terapeuţilor.

Proiectul terapeutic

Evantaiul posibilităţilor terapeutice este mare: cu sau fără substituţie, cu sau fără internare, internare în secţie medicală, psihiatrică, sau în unitate specializată, cu sau fără postcură.

Proiectul terapeutic se elaborează sub imperiul unei duble exigenţe, adesea paradoxală, inerentă situaţiei: pe de o parte cererea imediată de alinare a suferinţei din partea pacientului la care suntem datori să răspundem, pe de altă parte, necesitatea de a pregăti condiţiile prealabile unui tratament pe termen lung. Neglijarea uneia sau alteia dintre aceste exigenţe, înseamnă eşecul misiunii de terapeut. Este deci vorba despre integrarea dezintoxicării într-un proiect terapeutic amplu, elaborat în mod explicit împreună cu pacientul, luând în considerare atât urgenţa solicitării, cât şi caracterul îndelungat al demersului terapeutic.

Negocierea proiectului

Oricare ar fi modalitatea concretă de dezintoxicare avută în vedere, practicianul nu o poate concepe decât ca o verigă dintr-un proces având drept scop final separarea definitivă de dependenţă. Totuşi, ţinând cont de dorinţa pacientului, se impune negocierea proiectului terapeutic de la caz la caz. Se vor preciza condiţiile în care se va desfăşura dezintoxicarea, rezultând un angajament reciproc al persoanei dependente şi terapeutului, într-un spirit de respect mutual faţă de proiect. Este vorba despre un veritabil contract, punctul final al unei negocieri, care a reunit consimţământul ambelor părţi. Nu este de nici o utilitate un contract de adeziune, în care obligaţiile unora şi altora au fost deja fixate de către terapeut în mod unilateral, fără nici o explicaţie sau posibilitate de adaptare personalizată lăsând pacientului unica alegere de a fi de acord sau nu. Este necesar ca toţi membrii echipei terapeutice, cu atât mai mult în cadrul instituţional, să fie la curent cu termenii contractului. Cel mai adesea, contractul terapeutic este scris şi semnat. Modalităţile practice cuprinse în contractul terapeutic sunt variabile în funcţie de cadrul dezintoxicării. În cazul în care pacientul nu este capabil să respecte condiţiile propuse, atât contractul terapeutic cât şi dezintoxicarea în sine iau sfarsit. În această eventualitate, asistenţa medicală oferită va fi modificată, ceea ce nu trebuie să însemne suspendată.

Dacă am pretinde să evităm ruptura contractului terapeutic, ar însemna să evităm dezintoxicarea şi deci să acceptăm pe deplin dependenţa de produs şi relaţională.

Locul psihoterapiei

Unul dintre punctele de negociat în cadrul proiectului terapeutic este reprezentat de către eventualitatea unei psihoterapii. Toţi autorii sunt de acord că la succesul proiectului terapeutic contribuie instaurarea unei relaţii psiho-afective puternice şi stabile. Nu putem decât să tragem concluzia că psihoterapia este importantă pentru reuşita proiectului.

Din punct de vedere tehnic, un cadru psihoterapeutic adecvat, trebuie organizat cu grijă. Aceasta impune separarea rolurilor de medic consultant şi de psihoterapeut; confuzia între roluri în sânul echipei terapeutice evocă dependenţa, separarea funcţiilor evocă separarea autonomizantă a sevrajului.

Cadrul: ambulatoriu sau instituţional?

Dezintoxicarea se poate realiza fie ambulatoriu, fie în mediu instituţional. Nu există un consens deplin asupra eficacităţii uneia sau alteia dintre metode.

- Sevrajul ambulatoriu

Poate fi o soluţie interesantă, în măsura în care este mai uşor acceptat de către pacienţi şi antrenează costuri mai reduse. Este decis şi dus la bun sfârşit de către subiect; este mai lung, dar are o eficacitate simbolică mai ridicată. Nimic nu împiedică finalizarea unui sevraj ambulatoriu în spital. În aceste condiţii, spitalizarea va fi trăită într-un context diferit, pacientul simţindu-se mai activ, mai responsabil. Regresia va fi mai puţin intensă, proiectul terapeutic mai bine pus la punct, reperele mai clare. Presupune ca subiectul să fie capabil să-şi gestioneze farmacodependenţa, cu alte cuvinte va putea trăi confruntându-se cu situaţiile de risc şi va fi susţinut de cei din jurul său; presupune ca el să înţeleagă că trebuie să adere la tratamentul propus şi mai ales sa înţeleagă că în ambulator nu există „tratament miracol" care să-l facă să se simtă excelent. Analiza cererii pacientului şi a motivaţiei sale sunt esenţiale. Suportul din partea aparţinătorilor şi a structurilor specializate devine determinant. S-a afirmat că, „orice dezintoxicare ambulatorie se construieşte pe trepiedul subiect – terapeut – susţinere".

Este totuşi contraindicat, în anumite situaţii, cum ar fi: antecedente de ingestie masivă de benzodiazepine sau alte psihotrope, alcoolism cronic, tulburări psihiatrice de intensitate psihotică sau tulburări grave ale personalităţii, boli somatice grave cum ar fi SIDA, hepatite virale sau toxice, un ritm de muncă prea obositor, absenţa susţinerii sociale şi cu atât mai mult dezinserţia socială.

În acest tip de situaţii, sevrajul ambulator fiind iluzoriu, este indicată internarea pentru detoxifiere.

- Sevrajul instituţional

Majoritatea curelor de dezintoxicare au loc în mediu instituţional.

Un mare număr dintre ele se desfăşoară în mediu carceral, de o manieră forţată şi sub supraveghere medicală insuficientă. Pentru acest act prea puţin medicalizat, studiile arată o rata a recăderilor de până la 98%(!).

În afara acestei situaţii particulare, dezintoxicarea instituţională poate fi realizată fie în mediu spitalicesc, în serviciul de psihiatrie sau într-o secţie medicală, fie în instituţie specializată.

Nu există criterii standardizate pentru alegerea unuia sau a altuia dintre aceste servicii.

Esenţial este de a putea construi un cadru terapeutic coerent. Echipele terapeutice au datoria de a cunoaşte problemele specifice puse de toxicomani pentru a putea acţiona în mod adaptat.

Cele patru mari funcţii ale cadrului terapeutic, descrise de J. M. Piquet sunt:

- Funcţia de protecţie (protejază toxicomanul de droguri, de tentaţii, de situaţii de risc, de incursiuni în exterior)
- Funcţia de conţinere (toxicomanii trăiesc adesea internarea ca un moment carceral)
- Funcţia de stimulare (a motivaţiei)
- Funcţia „anti-exciţatie".

În mod teoretic, în absenţa unei tulburări majore de personalitate, dezintoxicarea poate fi realizată în secţia medicală.

Pentru cei care prezintă tulburări psihotice sau tulburări de personalitate, se recomandă secţia de psihiatrie specializată pentru acest tip de pacienţi.

În orice situaţie, trebuie subliniată importanţa lucrului în echipa pluridisciplinară, a colaborării între structurile intra şi extraspitaliceşti şi adaptarea tratamentului la fiecare caz în parte.

În ciuda desacralizării şi desidealizării sale din ultima perioadă, momentul dezintoxicării rămâne important şi delicat, întrucît el reprezintă o punere în scenă a dorinţei secrete şi ambivalente a oricărui toxicoman de a-şi abandona farmacodependenţa.

Urmatoarele cazuri se vor a fi o pledoarie în favoarea unei evaluări complete şi corecte a pacientului toxicodependent, din punct de vedere biologic, psihologic şi social, etapă indispensabilă elaborării unui proiect terapeutic coerent.

Studiu de caz 1

Mihai M., este adus la spital de către familie, solicitând "o cura de dezintoxicare". Este un tanăr în vârstă de 20 de ani, robust, cu aspect fizic îngrijit şi plăcut, îmbrăcat cu blugi şi adidaşi de firmă. Este student, în anul al doilea la o facultate de management. Locuieşte împreună cu părinţii într-un apartament de bloc peste medie, unde are camera sa. Are o soră mai mare cu un an, studentă la drept şi cu rezultate excelente la învăţătură.

Aşa cum se întamplă în multe cazuri, neagă pentru început orice legatură cu consumul de droguri ; nu are nici un fel de problemă şi a venit la spital doar pentru a face plăcere părinţilor săi. În mod vădit emoţionat şi îngrijorat, tatăl său reuşeşte să explice cu claritate evenimentele sesizate în ultimile 3-4 luni, care clătinaseră micul univers, aparent perfect, al familiei lor : Mihai pleca dimineaţa către facultate, fără a ajunge acolo judecând după numărul enorm de absenţe nemotivate, se reîntorcea acasă la ore târzii din noapte, refuza să dea orice explicaţie despre escapadele sale, cerea bani de buzunar din ce în ce mai mulţi, îşi petrecea o mare parte din timp în parc, cu aşa-zişi prieteni care în mod evident nu erau colegi de facultate, iar din casa disparuseră în mod repetat sume de bani relativ importante şi obiecte de valoare cum ar fi cerceii mamei, lanţişorul surioarei, combina muzicală. Adăugând la toate acestea comportamentul schimbat al tânărului, certurile alternând cu momente de apatie, somnolenţă din timpul zilei şi agitaţia nocturnă, în ciuda negării şi protestelor sale vehemente bănuiala consumului de droguri s-a întărit în mod treptat. Deşi respinge cu hotărâre acuzaţiile aduse, afirmând ca nu este înţeles de către părinţii săi şi că are nevoie de mai mulţi bani decât îi alocă aceştia « pentru a duce o viata normala de student », Mihai acceptă efectuarea unui test pentru evidenţierea metaboliţilor substanţelor psihic active în urina. Testul se dovedeşte a fi pozitiv pentru opiacee şi cannabis. Confruntat cu rezultatul analizei, recunoaşte că « se drogheaza din când în când » şi acceptă internarea propusă « doar pentru a demonstra familiei că nu este dependent ».

Evaluarea atentă, aduce elemente suplimentare. Tânărul pacient nu are antecedente semnificative, nici somatice, nici psihiatrice. Nu a efectuat stagiul militar şi nu posedă permis de conducere. Examenul fizic şi probele paraclinice uzuale, nu decelează modificări patologice. Cooperant şi parcă uşurat de a putea povesti cuiva, relatează în fine istoria consumului de substanţe psihic active. Totul începuse în urma cu 3 ani, la o petrecere între colegi de liceu, cu o ţigară cu « iarbă » oferită şi care « destinsese atmosfera şi facilitase contactul între prieteni ». Urmase pastila de ectasy în discotecă « pentru energia de a dansa toată noaptea », apoi prima ţigaretă cu heroină « pentru bărbaţii adevăraţi ». De atunci, Mihai a luat « orice, oricât, oriunde », amfetamine, anxiolitice, somnifere, hashish, LSD, heroină. Ca toţi ceilalţi, a crezut iniţial că este o joacă şi că se poate opri oricând doreşte, dar pe nesimţite a devenit dependent şi a început să experimenteze neplăcute simptome de sevraj, mai ales dimineaţa la trezire: dureri şi crampe musculare, transpiraţii, inapetenţă, anxietate marcată, nelinişte psihomotorie. Toate acestea dispăreau ca prin farmec dupa administrarea mult doritei doze de heroina. Iniţial oferite de « prieteni », drogurile au început treptat să se dovedească greu de procurat şi costisitoare, pana la 1-2 milioane de lei pe zi. Modul său de viaţă s-a modificat treptat, mersul la facultate fiind înlocuit de eforturile disperate de a face rost de bani pentru procurarea substantelor râvnite. Toate mijloacele posibile au fost folosite, de la « scurte excursii de afaceri la Budapesta », la vânzarea propriilor haine pe preţuri de nimic, la furtul de bani şi obiecte de valoare din propria locuinţă sau traficul de droguri către liceeni mai tineri ca el, în vederea procurării propriei doze zilnice. O lungă perioadă de timp, a putut ascunde toate acestea de părinţi, ocupaţi cu munca şi punând schimbarea tot mai evidentă şi tot mai îngrijorătoare a fiului pe seama « tinereţii ». De obicei, momentul în care bănuielile familiei tind să se transforme în certitudini, este important pentru consumatorul de droguri, determinându-l şă-şi pună modul de viaţă sub semnul întrebării. În cazul lui Mihai, discuţia despre părinţi ia o întorsatură neaşteptată. Aceştia « nu mă iubesc şi nu m-au iubit niciodată », mama « este o ticaloasă care-mi vrea răul », tata « vrea să mă schimbe şi-mi trimite nu ştiu cum mesaje telepatice cu care-mi influenţează gândurile şi comportamentul », tot el « prin unde mentale nu mă lasă să dorm » sau « vrea să-mi ocupe mintea prin vrăjitorie sau bioenergie». Uneori, pacientul aude « în interiorul capului » voci ciudate, ameninţătoare, o parte din ele necunoscute, dar una « pe care o ştie bine », a unui « traficant de droguri grec », care-i dă ordine, cum ar fi : « mergi imediat în parc » sau « ai nevoie de droguri ». Vocile dispar după consumul de heroina şi marijuana şi par a fi întărite de LSD sau alcool. Din această scurtă descriere, se degajă semne importante pentru psihiatru : pseudo-halucinaţii auditive, idei delirante de persecuţie, sindrom de influenţă, inversiune afectivă faţă de părinţi, totul alcătuind un sindrom paranoid. O menţiune specială pentru halucinaţiile imperative, care reprezintă o urgenţă psihiatrică şi impun internarea.

Ne aflăm în faţa unui dublu diagnostic : Polidependenţă de multiple substanţe psihic active (drogul principal fiind heroina) şi episod psihotic acut. Este prematur de discutat etiologia simptomatologiei psihotice. Ea poate fi consecinţa directă a consumului de LSD, poate să apară în contextul sevrajului, poate fi acută şi tranzitorie sau evolua cronic în cadrul unei schizofrenii paranoide. Indiferent de cauză, atitudinea terapeutică într-un prim timp trebuie să fie instituirea unui tratament neuroleptic.

Pentru Mihai nimic nu a fost simplu. Pentru o clipă uitat, corpul său şi-a făcut simţită prezenţa. După a treia priză de neuroleptic, o reacţie alergică deosebit de severă, cu edem glotic, stare de şoc şi erupţie maculo-papuloasă întinsă i-a pus viaţa în pericol, impunând transferul său pentru câteva zile într-un serviciu de terapie intensivă. Odată depăşit momentul critic şi starea generală normalizată, tratamentul neuroleptic (indispensabil) a fost reluat, cu multa prudenţă, cu un produs dintr-o altă familie terapeutică.

Această primă internare a durat patru saptamani. Ea a fost acceptată cu dificultate de către pacient, care nu a admis decât că are « o micuţă problemă cu drogurile, dar pe care gata, le-a abandonat pentru totdeauna ». In ciuda lungilor discuţii avute, nici familia sa nu a văzut în simptomele psihice decât « un efect al nenorocitelor de droguri ». La externare, starea lui Mihai este buna. Dependenţa fizică a fost depaşită, este calm, lucid, fără halucinaţii sau idei delirante. Acceptă dispensarizarea psihiatrica prin Policlinica teritorială, continuarea tratamentului neuroleptic în doza de întreţinere şi consilierea pentru prevenirea recăderilor. Îşi reia studiile şi începe să meargă la facultate cu regularitate.

Echilibrul s-a menţinut timp de trei luni. Începutul sesiunii, pierderea primului examen, întreruperea din proprie iniţiativă a tratamentului, au favorizat recăderea (heroina în doze progresiv crescânde), apoi o nouă decompensare psihotică. Halucinaţiile auditive, agitaţia psiho-motorie marcată, agresivitatea faţă de părinţi mergând până la violenţa fizică, au impus reinternarea.

Din momentul primei întrevederi cu Mihai şi până în prezent, au trecut doi ani. Evoluţia a fost episodică, perioadele acute alternând cu momente relativ îndelungate de acalmie. Consumul de droguri nu mai este pe primul plan. De altfel, ultimele şase luni au fost de abstinenţă completă. Din păcate, tânărul pacient nu mai este acelaşi. În ciuda eforturilor sale şi ale familiei, facultatea nu a putut fi continuată şi nici măcar serviciul modest, de birou găsit cu mari eforturi de tatăl său nu a

putut fi păstrat. Puține sunt lucrurile care-l mai interesează cu adevărat ; își petrece cea mai mare parte din timp singur, în fața televizorului său ascultând muzică.

Judecând acest caz prin prisma evoluției, suntem în fața unui exemplu tipic de diagnostic dual. Fără a neglija polidependența, pe primul plan se află schizofrenia paranoidă, tulburare cronică ce va necesita supraveghere și tratament psihiatric pe termen lung.

Subliniem (și nu vom sublinia niciodata indeajuns) importanța unei evaluari corecte, din punct de vedere biologic, psihologic și social, pentru stabilirea unui diagnostic complet și corect și a unei conduite terapeutice eficiente.

Studiu de caz 2

Tomy D. Dorește să se interneze pentru dezintoxicare. Îl cunoaștem bine : aceasta ar fi a patra internare. Este un tânăr de 21 de ani, cu aspect fizic plăcut (deși a slăbit mult în ultimul timp) : înalt, blond, cu ochi albaștri. Cu 5 ani în urmă a început să consume heroină, inițial « la țigară », apoi pe cale intravenoasă. Coincidență sau nu, acea perioadă din viața sa a coincis cu divorțul părinților. A încercat în repetate rânduri « să se lase », depășind de fiecare dată sevrajul, dar perioadele de abstinență nu au fost niciodată decât de maximum 4 luni. Modul său de viață s-a deteriorat treptat. A fost exmatriculat în clasa a XI-a, foștii colegi au început să-l ocolească, noii « tovarași de seringă» îi sunt aproape doar atunci când are bani, prietena a renunțat să-l mai vadă, petrece lungi zile și nopți pe stradă având drept unic obiectiv procurarea drogului, tatăl vitreg îi interzice accesul în casă de când televizorul cumpărat în rate a ajuns la dealeri, doar mama și bunicul îl mai ajută din când în când, pe ascuns.

Și de această dată, pare a fi bine motivat pentru abstinență. Prima săptămână de internare, sub Clonidină și medicație simptomatică, duce la depășirea sevrajului, dar și la o surpriză neplacută : probele paraclinice, arată fără nici un dubiu că Tomy este purtatorul virusului hepatitic tip C. Sentimentul de vinovăție (folosise seringa în comun, deși cunoștea foarte bine consecințele), induce o depresie suficient de severă pentru a justifica instituirea unui tratament antidepresiv.

Simtindu-se bine, din punct de vedere fizic, tânărul dorește să se externeze, pentru « a-și relua viața, ca și până acum, dar fără droguri ». Punând în balanță contactul foarte bun pe care-l are cu echipa terapeutică și experiența precedentelor recăderi, reușește să accepte că « greul de-abia începe » și că elaborarea unui proiect terapeutic adecvat înainte de părăsirea spitalului este indispensabilă.

Nu am identificat decât puține persoane care doreau și puteau să-i ofere sprijin : mama și bunicul. Așa cum era de așteptat, mama sa era disperată și la capătul puterilor : « oricum nimic nu contează, de atâtea ori a fost internat, s-a oprit, apoi a reluat consumul în ciuda sfaturilor mele ! » Treptat, după lungi discuții, a admis (cel puțin parțial) punctul nostru de vedere și anume că, recăderea face parte din evoluția firească a dependenței, ea nu este o catastrofă și poate fi privită în mod pozitiv ca o experiență în procesul de învățare a unui nou comportament.

Psihoterapia pentru prevenirea recăderilor a început cu analiza atentă a precedentelor recăderi, în vederea identificării situațiilor de risc ce au dus la reluarea consumului de heroină. S-au impus atenției noastre urmatoarele:

- *întâlnirea, de mai multe ori pe zi, cu un vecin de bloc, amicul său din copilărie, de aceeași vârstă cu el, care l-a « învățat » să se drogheze, are întotdeauna « marfa » la el și i-o propune cu « generozitate », uneori gratis, alteori « pe datorie » sau cu plata în obiecte vestimentare, așa cum spune el « pentru că-ți sunt un adevarat prieten și vreau să te ajut » ;*
- *contactul de ne-evitat cu « băieții de cartier », omniprezenți în fața blocului, consumatori de heroinș, agresivi față de tinerii ce nu fac parte din grup și având drept unica preocupare procurarea prin orice mijloace a banilor necesari ;*
- *anxietatea generată de situația tensionată din casă, Tomy și tatăl său vitreg ignorându-se reciproc și nevorbind în mod demonstrativ unul cu celalalt ;*
- *plictiseala, lipsa unei ocupații și a activităților care să-i facă plăcere ;*
- *rarele discuții cu fosta sa prietenă, care întotdeauna îi reproșează « lipsa de voință » pentru abandonarea drogurilor.*

Scenariul a fost întotdeauna același. După câteva luni de abstinență, confruntat cu una sau mai multe dintre situațiile acestea, tânărul a resimțit cravingul (pofta de a consuma heroină), și-a spus că o singură doză îl va face să se simtă bine pe moment fără a-i induce dependența, dar după prima priză au apărut gândurile de tipul « sunt un individ slab, sunt vinovat de a fi înșelat încrederea celorlalți în mine, oricum nimic nu mai are importanță acum » ducând la recădere.

Tomy a înțeles acest model propus pentru întelegerea recăderilor și, bine motivat pentru menținerea abstinenței, bazându-se pe sprijinul mamei sale și al echipei terapeutice, decide să evite situațiile de risc și să-și schimbe complet modul și stilul de viață.

Iată reușitele sale, imediat după externarea din Secția de dezintoxicare :

- *a părăsit vechiul domiciliu și cartierul, mutându-se la bunicul său, într-o zonă a orașului unde nu cunoaște practic pe nimeni ;*
- *pentru a evita orice contact cu foștii « tovarăși » (așa cum îi numește el) și cu fosta prietenă, și-a schimbat numărul de telefon ;*
- *este ajutat de către mama sa cu o suma de bani lunară, modestă, dar constantă pe care încearcă să nu o depășească ;*
- *urmează tratamentul antidepresiv prescris de către psihiatru*
- *nu neglijează postcura ambulatorie propusă, prezentandu-se cu regularitate la întâlnirile bisăptămânale cu psihologul si asistentul social, însotit fiind atunci când este necesar și de mama sa.*

O lună mai târziu, este angajat al unui fast-food, beneficiind de înțelegere și cooperare din partea medicului generalist și a conducerii unității respective. Trecând peste unele probleme de adaptare la rigorile unui program strict de lucru, nu a dezamagit și a reusit să-și păstreze locul de muncă.

Mai mult decât atât, liceul a fost reluat, la "fără frecvență" și prima sesiune de examene depașită cu succes.

Într-un an care a trecut de la externare, Tomy s-a injectat cu heroina de două ori. De fiecare dată, așa cum fusese învățat, a solicitat rapid o întâlnire cu terapeutul său, discutând despre circumstanțele evenimentului nedorit și evitând astfel ca "alunecarea" să se transforme în recădere.

În momentul prezent, el este complet transformat. Are o prietena pe care o iubește și-i scrie poezii, se străduiește să se îmbrace în pas cu moda, merge la muncă și la scoală, într-un cuvânt, preocuparile unui tânăr obișnuit.

Terapia sa continuă...

EVALUAREA ŞI MANAGEMENTUL DE CAZ – ELEMENTE CHEIE ÎN TRATAMENUL TOXICOMANIILOR. EUROPASI – O ADAPTARE ROMÂNEASCĂ A CHESTIONARULUI DE EVALUARE A INDICELUI SEVERITĂŢII ADICŢIEI.

„Da-mi Doamne curajul sa schimb lucrurile pe care le pot schimba, puterea sa accept lucrurile pe care nu le pot schimba si intelepciunea de a face diferenta intre ele !"

Consumul de droguri, considerat până de curând un fenomen mai rar întâlnit în România, s-a răspândit în ultimii zece ani la toate nivelurile societăţii românesti, la cei săraci, în aceeaşi măsură ca şi la cei bogaţi. Consumatorii de droguri caută să-şi mascheze problemele sau să-şi autoadministreze « tratamente » pentru stările pe care le au, neajungând din nefericire întotdeauna pe mâinile specialiştilor. Eforturile de acordare a ajutorului persoanelor dependente de droguri se concentrează din ce în ce mai mult atât în jurul găsirii unor metode din ce în ce mai eficiente de tratament, cât mai ales în jurul menţinerii efectelor tratamentelor o vreme cât mai îndelungată.

Rolul şi locul substanţelor psihoactive pe axa spaţio-temporală.

Încă din antichitate erau cunoscute virtuţile anumitor plante tămăduitoare; egiptenii extrăgeau opiul din mac şi făceau din el băuturi tămăduitoare sedative. Cânepa, cu proprietăţile ei îmbătătoare, era utilizată pentru a provoca exaltarea dionisiacă în anumite ceremonii religioase. Practicile asociate cu unele religii încearcă să plaseze oamenii într-o stare emoţională extremă, uneori într-o stare de transă. Ideea este de a alimenta experienţele sau viziunile atât de copleşitoare în vederea întăririi credinţelor în existenţa supranaturalului. Există şi alte căi prin care se obţin astfel de stări: postirea, flagelarea, deprivarea senzorială, exerciţii de respiraţie, meditarea, dansuri rituale.

Alte religii folosesc halucinogene mai puternice pentru a se aduce faţă în faţă cu supranaturalul. Amanita muscaria este folosită de şamanii siberieni pentru a comunica cu supranaturalul, permiţându-le să intre într-o transă în care ei cred că sufletul lor le părăseşte corpul. Unii discipoli susţin că spiritul indus de narcotice poate fi condus către credinţele iniţiale în suflete şi fantome. Conform lui Gordon Wasson (citat de Oisteanu,9) ansamblurile religioase din Eurasia şi Lumea Nouă au multe rădăcini în folosirea tradiţională şamanică a Amanitei din Siberia.

Denumirea populară românească a ciupercii Amanita muscaria este "burete pestriţ" sau "pălăria şarpelui" sau, cel mai adesea, "muscariţă". În Europa proprietăţile ei toxice au fost folosite ca insecticid: fiertura de ciupercă în lapte era o foarte eficientă otravă pentru muşte, de unde îi provine şi denumirea. Totuşi se pare că această ciupercă şi efectele ei halucinogene şi psihotrope erau cunoscute nu numai în India (probabil sub denumirea de *soma*) şi în Iran (sub numele de *haoma*), dar şi în Europa arhaică. Specialiştii sunt, de regulă, de acord asupra faptului că ciuperca muscariţă era folosită ca un foarte puternic drog de către tinerii războinici din confreriile iniţiatice masculine (Mannerbunde), pentru provocarea stărilor de *furor heroicus* şi *appetitus mortis*, stări de care amintesc autorii clasici când descriu năravurile războinice ale populaţiilor indo-europene, inclusiv cele ale sciţilor, iranienilor, geto-dacilor, germanilor etc. Cânepa era folosită

pentru obţinerea extazului; în timp ce trupul era adormit, sufletul călătorea în Rai. ” (Geneza 3: 18).

Cea mai veche relatare a modului în care era folosită o plantă psihotropă de către traci o datorăm geografului roman Pomponius Mela (secolul I e.n.). El consemnează faptul că la traci, în timpul ospeţelor, “se aruncă în focurile în jurul cărora se şade seminţe al căror miros provoacă comesenilor o veselie asemănătoare cu beţia”. Peste două secole, un alt geograf latin relatează acelaşi obicei trac: “În timpul prânzului, soţii înconjoară vetrele, aruncă în foc sămânţă din buruienile pe care le au şi, după ce sunt loviţi de mirosul acestora, cu simţurile amorţite, simt o veselie asemănătoare cu beţia”. Nu este sigur numele plantei ale cărei seminţe erau folosite aşa cum am văzut. Marea majoritate a comentatorilor a considerat că este vorba despre cânepă, iar unii dintre ei au identificat planta cu varietatea Cannabis indica, ale cărei frunze, flori şi seminţe sunt bogate în canabinol (cu efect euforizant şi excitant). Dar această varietate de cânepă nu creşte în ţările europene, ci în Iran, India, Asia Centrală etc. Pe teritoriul României era cultivată din timpuri imemoriale varietatea Cannabis sativa, folosită ca plantă textilă, fiind mult mai săracă în principii active. Dacă nu era vorba în relatările de mai sus de cânepă indiană, atunci fie că erau seminţe de Cannabis sativa sau o varietate de cânepă sălbatică (în medicina românească populară sunt folosite, de asemenea “cânipă sălbatică” şi “cânepioară” – Eupatorium cannabium; Herodot scria că “ea creşte şi semănată şi de la sine”), fie că tracii reuşiseră să aclimatizeze varietatea Cannabis indica în ţinutul ponto-danubian, sau îşi procurau seminţe ale acestei varietăţi de la alte populaţii, probabil de la sciţi. Obiceiul fumigaţiilor de cânepă este atestat atât la sciţii, cât şi la traci. Herodot (secolul al V-lea î.C.) consemnează faptul că bărbaţii sciţi practicau fumigaţii cu seminţe de cânepă, într-un corp clădit anume în acest scop, în cadrul unui ceremonial de purificare post-funerară: “Sciţii iau, aşadar, sămânţă de cânepă (kannabis), se strecoară din cortul făcut din pături şi aruncă sămânţa peste pietrele încinse. Sămânţa aruncată scoate un fum parfumat şi se face atâta abur, încât nici o baie elinească de abur n-ar putea să o întreacă. Ameţiţi de dogoarea aburului sciţii se apucă să urle. Aceasta ţine loc de baie…”(Herodot, Istorii, IV, 75, citat de Oişteanu, 9). După cum relatează Vasile Pârvan, adevăraţii beneficiari ai virtuţilor terapeutice ale cânepii au fost ţăranii; ei foloseau seminţele acestei plante în scopuri analgezice, în sindromul depresiv, pentru alinarea durerilor la naştere, împotriva anemiei sau convulsiilor.

O serie de autori (istorici, antropologi) au evidenţiat cultul mătrăgunei ca fiind un important reper în viaţa psiho-socială la români, calităţile terapeutice şi psihotrope ale acestei plante determinând statutul său de prototip vegetal ideal, de plantă miraculoasă cu nenumărate valenţe magico-mitice. Toate părţile mătrăgunei, dar mai ales rădăcina, frunzele şi fructele au un conţinut bogat de alcaloizi (atropină, beladonină, hiosciamină, scopolamină etc.) care au o acţiune farmacologică deosebit de puternică: inhibă terminaţiile nervoase parasimpatice, excită sistemul nervos central, accelerează ritmul cardiac, provoacă midriaza etc. Virtuţile psihotrope ale mătrăgunei erau cunoscute în antichitate. Amestecat sau nu cu opium şi suc de măselariţă, sucul de mătrăgună era cunoscut ca anestezic în timpul intervenţiilor chirurgicale din antichitate până dincolo de Evul Mediu. Dar mătrăguna era folosită şi ca analgezic, afrodisiac, remediu împotriva insomniei şi împotriva “melancoliei” cronice cu tendinţe de sinucidere. Planta se foloseşte în afecţiuni neuropsihice numite în limbaj popular “bântuială”, “ameţeală”, “lipitură” (sindrom depresiv), “sperietură” (tulburare datorată unei emoţii puternice), “îndrăcitură” (alienaţie mintală) Luată în doze mari mătrăguna nu vindeca afecţiunile psihice ci le producea sau le amplifica pe cele existente. Ea provoca, de asemenea, nebunia: ceaiul de mătrăgună ori îl omoară ori îl însănătoşează pe bolnav care, înainte de administrare, trebuie legat. De fapt, mătrăguna este un puternic delirogen. În afară de mătrăgună, în cadrul medicinii populare româneşti sunt cunoscute şi folosite diverse plante care conţin substanţe toxice şi psihotrope: laur sau ciumăfaie (Datura stramonium), odolean (Valeriana officinalis), mac (papaver

somniferum), mutulică sau mătrăguna mică (Scopolia carniolica), omag (Aconitum tauricum), avramească sau veninariţă (Gratiola officinalis), măselariţă (Hyioscyiamus niger), talpa gâştei (Leonurus cardiaca), mutătoare (Bryionia alba), cucută (Cicuta virosa). Despre ultimele patru se ştie că erau folosite de către daci.

Numită sugestiv şi *nebunariţă*, măselariţa este, ca şi mătrăguna, o plantă toxico-halucinogenă din aceeaşi familie Solanaceae. Efectul delirogen al plantei este sugerat şi de numele ei. Romanii o numeau *insana* (demenţă, sminteală), ungurii o numeau *bolondito* (care te înnebuneşte) iar românii *nebunariţă*. Conţinând aceeaşi alcaloizi ca şi mătrăguna şi fiind folosită ca un puternic somnifer şi analgezic (prin inhalarea fumului produs de seminţele ei, aruncate pe cărbuni aprinşi) măselariţa a fost, în cadrul medicinii populare româneşti, confundată cu mătrăguna. Dacii cunoşteau şi foloseau această plantă numind-o *dielleina* sau *dielina*. De fapt, prin mătrăgună nu se înţelegea numai varietatea Atropa belladona ci, câteodată, şi alte plante: măselariţă, ciumăfaie, mătrăgună mică sau mutulică (numită astfel pentru că provoacă amnezia). Acest fenomen lingvistic este destul de uzual.

Documente ale secolului al XVII-lea relatează despre transele extatice practicate de anumiţi vrăjitori din Moldova. Practica este spectaculoasă: mimică, tremurături ale membrelor, zbateri convulsive, cădere la pământ şi un somn letargic. Când se trezeşte, vrăjitorul îşi povesteşte visele ca pe nişte oracole. Acestor vrăjitori li se adresează persoanele bolnave. În secolele XIX şi XX sunt consemnate în Banat practicile de cădere în transă a femeilor "de Rusalii", practici care fac parte din amplul complex ritual al căluşarilor. În practicile lor ritual-terapeutice căluşarii se folosesc şi de anumite plante medicinale, unele cu virtuţi psihotrope: pelinul (care luat în doze mari provoacă convulsii, tulburări de sensibilitate, ameţeli, somnolenţă, tremur, depresie, vertij).

Cunoscut încă din antichitate sub diverse denumiri (afion, teriacă), opiumul a fost intens folosit în practicile magico-religioase, în scopuri curative sau în scopuri nemedicale. Documentele atestă faptul că obiceiul ingerării opiumului a pătruns la curţile domneşti şi boiereşti din Ţările Române mai ales pe filieră turcească, odată cu desele sejururi ale dregătorilor români şi apoi prin intermediul domnitorilor fanarioţi. Cea mai veche mărturie documentară a folosirii opiumului în scopuri nemedicale datează din secolul al XVIII-lea. Literatura populară conţine texte vrăji, descântece, ritualuri magice sau vindecătoare în care apare frecvent folosirea opiumului sub diverse denumiri, dovadă că virtuţile magico-religioase erau cunoscute.

Modele explicative ştiinţifice ale toxicomaniei.

În literatura de specialitate se consideră că în adicţie există determinanţi biologici şi factori psihologici care sunt asociaţi dependenţei şi care au un rol major în reîntărirea comportamentului de consum.

Determinanţi biologici

Cercetătorii şi clinicienii au căutat timp de mulţi ani existenţa unei predispoziţii genetice pentru dependenţa fizică. Paternurile ereditare au fost de mult recunoscute în dezvoltarea alcoolismului dar nu au fost clar demonstrate relativ la dependenţa de alte droguri. Identificarea receptorilor şi neurotransmiţătorilor au determinat ca multe cercetări să presupună că folosirea drogurilor ce alterează conştiinţa ar putea fi ca răspuns la o echilibrare deficitară a neurotransmiţătorilor şi a receptorilor. Administrarea drogului ar putea corecta acest dezechilibru dar, în acelaşi timp, determină individul la continuarea administrării drogului pentru a continua în a avea o stare de bine. Pornind de la această teorie biochimică, unii cercetători au demonstrat, de exemplu, că schimbările la nivel neuronal ce au loc după o perioadă de consum, determină apariţia poftei (craving) de a continua consumul de heroină sau alte opiacee pe o perioadă mai mare de timp.

Identificarea receptorilor responsabili de opiacee şi prezenţa endorfinelor au condus către ipoteza că deficitul acestora ar predispune la consumul de heroină, iar starea de bine pe care o produce aceasta reîntăreşte comportamentul de consum. Similar, dezechilibrul nivelului de dopamină ar produce stări de depresie şi anxietate, de unde nevoia indivizilor de a consuma substanţe psihostimulante ca amfetaminele şi cocaina. În cazul consumului de alcool sunt incriminaţi neurotransmiţătorii GABA (gamma amino butyrate) şi serotonina, al căror dezechilibru ar fi responsabil pentru prezenţa agresivităţii şi violenţei.

Deşi aceste teorii par atractive, se consideră că nu se pot elimina factorii de mediu şi psihologici; ar fi simplu ca problema dependenţei de droguri să poată fi rezolvată doar prin spitalizare şi tratamente medicamentoase de lungă durată.

Determinanţi psihologici. Explicaţiile psihologice pentru dependenţa de droguri pornesc de la teoriile analitice clasice până la explicaţii superficiale ale personalităţii. Dar nu a fost definită clar până acum o personalitate adictivă.

Interacţiunile copil-părinte. Familia este mediul socio-afectiv unic în care copilul învaţă să se confrunte cu viaţa, munca, să decodifice primele simboluri sociale; aici apar primele greutăţi, obstacole, dar tot aici se află locul în care sunt descoperite primele bucurii, confortul şi securitatea ce oferă trăirea integrităţii şi unicităţii, unitate şi continuitate. Primele repere colective care permit copilului şi adolescentului înţelegerea funcţionării universului social se găsesc în reţeaua raporturilor interpersonale din cadrul familiei, exercitarea rolurilor şi valorile familiale. Socializarea ca proces de maturizare, permite o cunoaştere progresivă a normelor şi valorilor, dar şi a modului în care copilul va reacţiona la acestea. Astfel, comportamentele şi atitudinile părinţior, complementare cu cele ale celor din jur (prietenei, vecini, colegi), devin experienţe de socializare decisive pentru evoluţia ulterioară a tânărului. Prin acest proces de socializare oferă individului şansa formării sale sociale, dobândirii echilibrului emoţional, menţinerea integrităţii sale în viaţa socială. (16)

Interacţiunile deficitare copil-părinte se manifestă ca lipsă a intimităţii, eşec în asigurarea unor achiziţii, criticism, lipsa abilităţii de a stabilii nişte norme de comportament, apropiere slăbită între părinţi şi dizabilităţi de comunicare. În aceste condiţii se realizează cu dificultate sau deloc integrarea şi asumarea unor modele de roluri în familie. Au mai fost remarcate atitudini puţin critice şi contradictorii privind consumul de droguri licite şi ilicite. Permisivitatea prea mare pentru consumul de alcool poate conduce în rândul adolescenţilor la consum de droguri ilicite; de la consumul de alcool până la consumul de marijuana nu este decât un pas, iar mulţi consumatori de heroină au consumat la început marijuana.

Relaţii de prietenie. Lipsa de securitate din familie este asociată cu experimentarea drogurilor în grupul de prieteni. Influenţa prietenilor este foarte puternică mai ales în adolescenţa timpurie, când sensul a ceea ce este adecvat şi inadecvat începe să se stabilească. În situaţia opusă, inabilitatea de a stabili relaţii de prietenie adecvate, alienarea de ceilalţi însoţită de comportamente agresive şi antisociale ca expresie a furiei, poate conduce un tânăr către consumul de droguri. Un alt factor de risc a fost considerat ca fiind nivelul precar de şcolarizare.

Dacă pentru unii tineri "a se afirma" sau "a se realiza" înseamnă a se cufunda în realitate şi a se confrunta cu aceasta, a-şi învăţa lecţiile din experienţele acumulate pentru a trăi adecvat clipa prezentă şi pentru a pregăti mai bine viitorul, pentru ceilalţi durata nu are "greutate", cu alte cuvinte nu există continuitatea, simţul anticipării lipseşte cu desăvârşire, astfel încât rămâne doar refugierea în trecut (asimilat cu "paradisul pierdut"), adică o stare depresivă ce aduce frustrare, insatisfacţie, resemnare. Apare astfel vulnerabilitatea tinerilor la influenţa semenilor lor, în căutarea unei modalităţi de a fi în siguranţă şi de a scăpa de privirile şi supravegherea celor care impun reguli, norme, legi. Grupul de prieteni apare ca o alternativă a mediului familial; "căldura"

grupului nu este, însă decât aparentă, iar convivialitatea şi solidaritatea sunt lipsite de consistenţă şi profunzime. Relaţiile în astfel de grupuri sunt cvasi-inexistente deoarece ele sunt centrate pe produs, nici o altă preocupare nu este posibilă (părăsirea grupului este văzută ca o trădare, individul este exclus, orice diferenţă fiind trăită ca ceva insuportabil).

Pe de altă parte, publicitatea şi mijloacele de comunicare în masă încurajează dorinţa de evadare şi impun dictatul modei. Tinerii consideră că sunt obligaţi să poarte o anumită marcă pentru a-şi îmbunătăţi imaginea în faţa prietenilor. Cei care nu pot avea acces la astfel de bunuri simbolice sunt frustraţi şi trăiesc sentimentul excluderii din grup. Universul drogurilor apare ca o alternativă la imposibilitatea de a trasa o traiectorie prin normă.

Adulţii ca modele ale unor roluri. Impactul unui model de adult din afara familiei pare a fi foarte puternic, mai ales în absenţa unui părinte bun. În general, tinerii par a fi impresionaţi de adulţii care au mari succese, în special sub aspect financiar, ceea ce reflectă imaginea puterii. Astfel, nu este de mirare, de exemplu, că la noi în ţară, muzica preferată este muzica hip-hop, de vreme ce o parte din soliştii acestor formaţii sunt ei înşişi consumatori de heroină, iar versurile pe care le cântă fac multe referiri la consumul de droguri, la viaţa tinerilor din anumite cartiere, uneori le "cântă" chiar problemele. Mai mult decât atât, versurile par a avea uneori o notă de suspiciozitate, notă ce caracterizează heroinomanul. Cei care vând droguri par a fi îndrăzneţi şi fascinanţi. Traficanţii au bani foarte mulţi, iar încântarea de "a-i face" pe stradă este un factor incitant. Poziţia de dealer oferă un model de reuşită şi de promovare. (16)

Sindromul de dependenţă.

Una dintre cele mai importante urmări ale consumului constant şi repetat de droguri este apariţia sindromului de dependenţă. Sindromul de dependenţă este definit ca fiind un ansamblu de fenomene comportamentale cognitive şi psihologice, în cadrul căruia utilizarea unei substanţe psihoactive specifice sau aparţinând unei categorii de substanţe atrage după sine părăsirea progresivă a altor activităţi (10). Conform DSM-IV (1), diagnosticul de certitudine al acestui sindrom poate fi atribuit prin prezenţa a cel puţin 3 criterii de diagnostic din următoarele, pe parcursul a cel puţin 12 luni: 1. Apariţia toleranţei 2. Sevraj (caracteristic, sau folosirea substanţei respective pentru a evita sau opri simptomatologia de sevraj.) 3. Administrarea de doze crescânde (dificultaţi în a controla utilizarea substanţei, din punct de vedere al nivelului de utilizare) 4. Eventualele încercări de a înceta consumul substanţei respective s-au soldat cu eşec. (intrerupere temporară a administării, urmată de reluarea consumului;) 5. Timp excesiv acordat obţinerii sau consumului substanţei. 6. Impactul asupra relaţiilor sociale, a activităţilor cu caracter recreativ sau profesional. 7. Continuarea consumului, în ciuda conştientizării efectelor nocive / problemelor de ordin fizic sau psihic direct legate de consum. Conform ICD-10 (2), cel putin trei dintre manifestarile următoare , prezentate în acelaşi timp pe o durată de cel puţin un an puţin un an pun diagnosticul Sindromului de dependenţă. Acestea sunt: a. Dorinţă puternică, cu caracter compulsiv de a utiliza o anumită substanţă psihoactivă b. Dificultăţi în a controla utilizarea substanţe (debut sau întreruperea consumului; nivelul de utilizare) c. Sindrom de sevraj (de natură fizică) atunci când subiectul diminuă sau stopează consumul unei substanţe psihoactive; Sindromul de sevraj este specific substanţei la care se suspicionează dependenţa, administrarea substanţei respective în timpul sevrajului înlăturând simptomatologia. d. Punerea în evidenţă a toleranţei la o anumită substanţă: Subiectul are nevoie de o cantitate mult mai importantă pentru obţinerea efectului dorit (anumiţi subiecţi dependenţi de opiacee pot consuma doze zilnice care ar induce intoxicaţia gravă sau chiar ar fi letale unor persoane non – dependente). e. Abandonul progresiv al unor activităti care anterior începerii consumului oferea satisfacţie subiectului şi în locuirea lor cu uzul substanţei psihoactive, în paralel cu realocarea timpului pentru procurarea substanţei, consumul acesteia şi recuperarea consecutivă

consumului. f. Continuarea consumului substanţei în ciuda apariţiei consecinţelor nocive (de exemplu malnutriţie, infecţii sau alterarea funcţiilor cognitive legate de consumul heroinei). Este necesar a preciza că subiectul era la curent sau ar fi trebuit să fie conştient de natura şi gravitatea acestor consecinţe).

Dependenţa de droguri este considerată a fi o afecţiune de natură bio-psihosocială. Factori psihodinamici, sociali, familiali, farmacologici şi genetici sunt determinanţii începerii şi menţinerii consumului, cât şi ai recăderilor. Dependenţa este mai frecventă în cazul celor care "sunt incapabili să facă faţă afectelor negative (vină, mânie, anxietate) şi să evite problemele previzibile de ordin medical, juridic sau financiar" (5) Anumite atitudini sociale, anturajul şi accesibilitatea drogului deschid calea către experimentare. Un mediu social în care consumul de stupefiante este larg răspândit favorizează recrutarea de noi adepţi. Deasemenea, toxicomania este mult mai frecventă în cazul celor proveniţi din familii dezorganizate, părinţi adoptând comportamente dezadaptative sau "părinţi biologici care nu au trăit niciodată împreună sau care au divorţat înainte ca subiectul să fi împlinit 11 ani"(5) "Efectul de întărire" al drogului este pe departe cel mai important element care stă la baza adicţiei. Acesta este datorat efectelor euforizante şi capacităţii de a reduce anxietatea, a creşte încrederea de sine şi a ajuta persoana care îl consumă în a face faţă problemelor cotidiene.(5) Totuşi, acest fenomen de natură farmacologică nu joacă vreun rol în stadiile incipiente ale dependenţei, moment în care, mai degrabă factorii sociali şi familiali amintiţi mai sus, cât şi dorinţa de a obţine un statut special printre prieteni menţin consumul. Se poate vorbi deci de două faze premergătoare adicţiei, şi anume faza de experimentare şi faza de menţinere a consumului în ciuda efectelor aversive ale drogului sau a simptomelor de intoxicaţe, ambele etape fiind posibile în special datorită elementelor de ordin social. Ulterior, consumul se va datora exclusiv dorinţei de a obţine plăcere, sau necesităţii de a înlătura simptomatologia de sevraj.

Conceptul de sindrom de dependenţă este strâns legat de noţiunea de toleranţă. Toleranţa poate fi definită ca fiind o diminuare a sensibilităţii organismului ca urmare a expunerii repetate la drog. Cu alte cuvinte, aceeaşi doză nu va mai produce efectele scontate, iar pentru a se obţine efecte de aceeaşi intensitate, este necesară administrarea de doze progresiv crescânde de substanţă. Acest fenomen se datorează unor mecanisme compensatorii iniţiate de organism, care se opun acţiunii drogului.

Consumul regulat de heroină (sau dependenţa la drog) este considerat *per se* ca fiind o boală cronică, existând implicit acutizări, perioade latente (determinate de abandonarea temporară a consumului) cât şi recăderi – reprezentate de reluarea administrării drogului chiar şi după depăşirea în totalitate a sevrajului. Acest caracter ciclic se datorează aproape în totalitate fenomenului de întărire, caracteristic stupefiantelor: odată ce efectul "benefic" al drogului a fost cunoscut şi învăţat, acesta va fi căutat în continuare chiar şi de către o persoană eliberată chimic de acea substanţă, în condiţiile în care din punct de vedere clinic subiectul este identic cu cei care nu au consumat niciodată drogul.

Conceptualizarea toxicomaniei prin prisma unui model biopsihosocial şi nu doar ca pe o simplă consecinţă fiziologică a administrării unei substanţe psihic active are avantajul de a deschide o perspectivă asupra factoriloi psihologici implicaţi în apariţia şi menţinerea toxicomaniei, ca şi de a fundamenta teoretic demersul psihoterapeutic în farmacodependenţe. Din această perspectivă, dependenţa de substanţe poate fi văzută ca o întâlnire între o anumită substanţă cu spectrul ei de efecte specifice şi un anumit subiect cu un grad de vulnerabilitate biologică, dar şi propria personalitate, experienţa de viaţă, psihopatologie eventuală. Această întâlnire are loc într-un anumit mediu sociofamilial, care îşi va pune amprenta atât asupra posibilităţilor de acces la o anumită substanţă (diferitele medii socioculturale îşi au substanţele lor specifice) cât şi asupra evoluţiei ulterioare a subiectului toxicoman. Tendinţele actuale în psihoterapia cu pacientul

toxicoman subliniază importanţa caracteristicilor individuale ale subiectului pentru rezultatele terapeutice imediate şi pe termen lung. Pacienţii toxicomani diferă din punct de vedere al trăsăturilor de personalitate, al eventualei comorbidităţi psihiatrice, cât şi din punct de vedere al maturităţii decizionale pentru schimbare. În acest context psihoterapia cognitiv comportamentală actuală integrează, pe lângă modele cognitive şi comportamentale clasice şi concepte şi metode ale psihologiei diferenţiale, care pun accentul pe situarea pacientului într-un anumit stadiu al procesului schimbării şi pe nuanţarea intervenţiei terapeutice în funcţie de această stadializare.

În cadrul oricărei intervenţii terapeutice există un prim factor decisiv de care trebuie ţinut cont : motivaţia clientului. În toxicomanii, motivaţia clientului pentru schimbare este întotdeauna fluctuantă în timp din cauza ambivalenţei în relaţia lui cu drogul de care este dependent (îşi doreşte să scape de drog în aceeaşi măsură în care işi doreşte să-l consume). Din această cauză, evaluarea permanentă a stadiului în care se găseşte clientul nostru la un moment dat din punct de vedere motivaţional este hotărâtoare pentru demersul terapeutic aplicat.

Motivaţia pentru schimbare şi modelul transteoretic al schimbării – Prochaska şi Di Clemente

. Denumirea de transteoretic semnifică preocuparea autorilor pentru integrarea teoretică intre diferitele şcoli psihoterapeutice: modelul cognitivo-comportamental, psihodinamic, gestalt, modelul sistemic etc… Conform acestui model, în adicţii schimbarea nu este nici categorică (abstinent □□ non-abstinent), nici liniară, ci este vorba despre un proces al schimbării, un proces dinamic şi cu un anumit grad de instabilitate. În acest proces al schimbării progresiile şi regresiile de la un stadiu la altul sunt probabil mai mult dimensionale şi continue decât categoriale sau calitative. Aceste etape ale procesului schimbării pot dura zile, luni sau ani. În cazul consumului de substanţe psihoactive ilegale, factorii motivaţionali pentru schimbare ţin adesea de factori economici, judiciari, familiali etc… În acest caz este important să evaluăm intenţia personală pentru schimbare, adică în ce măsură există un proces de luare de decizie conştientă, în care pacientul evaluează elementele pozitive şi negative ale consumului de droguri asupra vieţii sale personale. Acest proces poartă denumirea de "balanţă decizională". Dacă pacientul recunoaşte predominanţa elementelor negative asupra celor pozitive, fie şi într-un mod instabil în timp, apare intenţia personală de schimbare. Motivaţia joacă deci un rol hotărâtor In procesul schimbării. Într-o manieră clasică, motivaţia poate fi definită ca "acţiunea combinată a unor factori conştienţi şi inconştienţi care justifică un comportament" (Larousse, 1993). Definiţia are însă un caracter limitativ, căci se bazează exclusiv pe factorii strict individuali, neluând în considerare factorii externi, care joacă un rol fundamental în construcţia motivaţiei.

Este incorect deci să atribuim motivaţiei un caracter pur psihodinamic, care ţine de procesele psihologice intime ale fiecăruia. Rolul elementelor aparţinând mediului înconjurător, care influenţează comportamentul şi modul de gândire al individului trebuie de asemenea subliniat spre a înţelege fenomenul motivaţional. Mult mai corect ar putea fi definită motivaţia ca fiind "probabilitatea ca un individ să adere, să înceapă şi să urmeze un demers specific de schimbare" (8). Noţiunea apare astfel ca plurală, motivaţia intervenind în diferitele etape distincte ale aceluiaşi proces specific de schimbare. Ea constituie un element cheie al oricărui proces de schimbare al unui individ şi variază atât ca natură cât şi ca intensitate de-a lungul schimbării.

Iată care sunt stadiile schimbării după Prochaska şi Di Clemente:

1. Precontemplare ("precontemplation"). În acest stadiu nu există o intenţie de schimbare într-un viitor previzibil, subiectul nefiind conştient (sau fiind conştient într-o mică măsură) de problema pe care o reprezintă comportamentul său adictiv. După cum spunea G.K. Chesterton,

"nu numai că nu vede soluţia, dar nu vede nici problema". În această etapă , doar cei din jur (familie, prieteni, colegi) sesizează că există o problemă , iar o eventuală cerere de terapie se datorează presiunii acestora din urmă şi nu unei cereri personale a pacientului. Pentru o categorizare clară a stadiului, se consideră precontemplare lipsa unei intenţii serioase de schimbare în viitorul apropiat, adică în următoarele şase luni. În această etapă, subiectul adoptă o atitudine externalistă, venind în terapie sub presiunile celor din jur şi reluând consumul de drog de îndată ce aceste presiuni slăbesc sau încetează.

2. Contemplare ("contemplation") În acest stadiu subiectul este conştient că are o problemă şi se gândeşte serios la posibilitatea de a găsi o soluţie , dar nu se simte încă pregătit să treacă la acţiune. Pe parcusul acestui stadiu, subiectul devine conştient în mod progresiv de efectele consumului de drog, aprecierea aspectelor gratifiante cedând treptat

locul conştientizării aspectelor negative, aversive. Balanţa decizională se înclină progresiv spre conştientizarea necesităţii schimbării. Cei care se gândesc serios să se schimbe în următoarele şase luni sunt consideraţi a se afla în stadiul de contemplare. În acest stadiu, aceştia pot rămâne pentru o lungă periodă de timp, lucru întâlnit de fapt în practică într-un procent semnificativ de cazuri.

3. Pregătire ("preparation") Acest stadiu combină criterii intenţionale şi comportamentale. În această etapă subiectul intenţionează să se schimbe în viitorul foarte apropiat şi a realizat deja mici schimbări (cum ar fi reducerea dozei de drog), fără să îndeplinească încă criteriile pentru a trece la stadiul de acţiune, în sensul că nu au realizat abstinenţa. Pe scale de evaluare a stadiilor schimbării aceşti subiecţi au scoruri mari şi la itemii fazei de contemplare, şi la cei ai fazei de acţiune. Unii investigatori conceptualizează acest stadiu ca un substadiu precoce al stadiului de acţiune. Este un stadiu de luare a deciziei.

4. Acţiune ("action") În acest stadiu individul îşi modifică comportamentul, experienţele şi mediul cu obiectivul final de a suprima comportamentul adictiv. În stadiul de acţiune pacientul a oprit cu succes comportamentul adictiv pe o perioadă de la o zi la 6 luni. Acum schimbarea devine vizibilă şi pentru cei din jurul pacientului, aducând o importantă recunoaştere din partea acestora şi suport social. Nu trebuie echivalat însa acest stadiu de acţiune cu schimbarea, pentru că s-ar neglija în acest caz importanţa fazelor anterioare acţiunii ca şi importanţa eforturilor necesare menţinerii schimbării din stadiul de acţiune. În acest stadiu pacientul traversează frecvente experienţe de craving care se constituie în adevărate semnale de alarmă, generând comportamente de înfruntare pentru a nu consuma drogul.

5. Menţinerea ("maintenance") În această etapă individul lucrează pentru a preveni recăderile şi a consolida ceea ce a dobândit în stadiul de acţiune. Tradiţional, stadiul de menţinere este văzut ca static, când de fapt menţinerea înseamnă o continuare a schimbării. Şi în acest stadiu există experienţe de craving, dar nu sunt trăite ca "situaţii de urgenţă", cum se întâmplă în stadiul de acţiune. Pentru comportamentele adictive acest stadiu se extinde de la 6 luni până la o perioadă nedeterminată care pentru unele adicţii durează toată viaţa. Markerii acestui stadiu sunt *stabilizarea schimbării* şi *evitarea recăderii.*

6. Recăderea. Recăderea se produce atunci când strategiile de stabilizare şi menţinere a abstinenţei nu sunt eficiente. În acest sens, o recădere se poate produce atât în stadiul de acţiune cât şi în cel de menţinere. De obicei, cu ocazia recăderii se regresează la un stadiu anterior, iar gradul de regresie este direct proporţional cu experienţa de pierdere a controlului asupra consumului şi asupra stilului personal de viaţă. Un consum punctual, de exemplu, este mai probabil să producă regresia în stadiul de acţiune, în timp ce o scăpare de sub control mai importantă a consumului va produce o regresii în stadii de contemplare şi chiar precontemplare. Pe de altă parte, un grad mare de severitate a adicţiei la începutul procesului schimbării va

determina o regresie mai importantă cu ocazia recăderii şi un interval de timp mai mare pentru a reajunge în stadiul de menţinere (14)

7. Finalizarea. Deoarece recăderea şi reluarea ciclului sunt regula, se poate vorbi, cel puţin teoretic, şi despre un al şaptelea stadiu, cel de finalizare. Acest stadiu presupune terminarea schimbării şi implică dispariţia totală a comportamentului addictiv, ceea ce înseamnă că noul mod de comportament dobândit nu mai cere un efort prelungit de timp şi energie. Probabil că din punct de vedere medical şi neuroştiinţific nu se poate afirma existenţa unei etape de finalizare, pentru că există întotdeauna un risc implicit ca adicţia să se instaleze din nou în viaţa pacientului aflat în recuperare. De altfel, de la această premisă pleacă modelul de prevenire a recăderilor. Acest model al schimbării a fost gândit iniţial de autorii săi ca un model liniar, schimbarea constând în progresia continuă prin fiecare stadiu. În realitate, progresia liniară este posibilă, dar foarte rară, pentru că în addicţii recăderea este mai curând regula decât excepţia. Proschaska şi Di Clemente şi-au modificat modelul iniţial, elaborând un model în spirală, conform căruia cea mai mare parte a indivizilor au recăderi, în cadrul cărora regresează la unul dintre stadiile anterioare. O parte din pacienţii care recad se simt desurajaţi şi culpabili, evitând să se mai gândească la o schimbare. Ei regresează în acest caz la stadiul de precontemplare. Alţi pacienţi se întorc la stadiul de contemplare sau la cel de pregătire, începând să facă planuri pentru viitoarea tentativă de acţiune şi învăţând în acelaşi timp din greşelile anterioare. În acest fel ei nu vor reveni exact în acelaşi loc de unde au plecat, creându-se o progresie în spirală.

Munca lui Prochaska şi Di Clemente a adus un aport considerabil în ajustarea planului terapeutic în funcţie de nevoile clientului la un anumit moment. (7) Conform celor 5 stagii ale schimbării, descrise de Prochaska şi Di Clemente, clienţii au nevoie de susţinere motivaţională adecvată stadiului în care se află. Ca o consecinţă practică directă a acestui model al schimbării, orice intervenţie terapeutică ar trebui să fie adecvată stadiului schimbării în care se află subiectul. În acest fel, intervenţia se adaptează momentului evolutiv al fiecărui pacient în mod strict individual şi personalizat. În cazul în care specialistul nu utilizează strategii adecvate stadiului în care se află clientul, consecinţa poate fi o creştere a rezistenţei pacientului la tratament, escaladată prin noncomplianţă la tratament. Înţelegerea acestor stadii, îl ajută pe clinician să-şi dozeze răbdarea, să accepte situaţia de „aici si acum" în care se află clientul său, evitând să o ia prea mult înaintea clientului (provocându-i astfel acestuia mai multe rezistenţe sau întărind rezistenţele acestuia) şi, poate cel mai important, să aplice strategia de consiliere adecvată fiecărui stagiu al schimbării.

Complexitatea implicată de problematica terapeutica a dependenţelor obligă la gândirea unui sistem la fel de complex de asistenţă eficientă a acestora. Astfel, este absolut necesară existenţa unui lanţ terapeutic care să plaseze fiecare individ dependent în cadrul serviciului terapeutic adecvat problemei sau problemelor sale. Strategiile terapeutice implicate în tratamentul dependenţelor sunt numeroase şi presupun întotdeauna o abordare multidisciplinară: chimioterapie, terapii cognitiv-comportamentale, alte tipuri de psihoterapii, terapii de grup, terapii de familie, grupuri de auto-ajutor. (15) Aceste strategii sunt integrate în multiple, variate şi complexe programe, într-un veritabil lanţ psihoterapeutic, iar motivul principal este acela că o singură abordare, pe un interval scurt de timp nu este aproape niciodată eficientă în cazul dependenţelor de substanţe psihoactive. Modelul multidisciplinar îşi propune scopul de a se ocupa de totalitatea dificultăţilor subiectului, implicând intervenţia mai multor specialişti, fiecare fiind responsabil de intervenţia în domeniul său de activitate. (15) Totul se îmbină, prin acţiunea managementului de caz, în cadrul unui proiect terapeutic bine individualizat, elaborat în funcţie de nevoile fiecărui individ.

Evaluarea şi managementul de caz.

Conceptul de management de caz apare în literatura de specialiate din ce în ce mai des în ultimii 30 de ani, desemnând un sistem ce interrelaţioneaza elemente diverse de asistenţă medicală. În cazul toxicomaniilor, conceptul se referă la pachetul de intervenţii destinate facilitării accesului dependentului de drog la serviciile de care are nevoie. (13) Motivul principal pentru utilizarea managementului de caz în toxicomanii rezultă atât din practica clinică, cât şi din observaţiile empirice care sugerează că toxicomanii care vin la tratament au probleme semnificative pe lângă utilizarea substanţelor psihoactive. Atât alcoolul, cât şi drogurile afectează adesea multe aspecte din viaţa unui individ şi de aceea clienţii din programele de tratament pentru abuzul de substanţe prezintă o varietate de probleme asociate (de exemplu, boli fie cauzate de însuşi abuzul de substanţe, cum ar fi bolile ficatului, fie exacerbate de neglijarea stării de sănătate). Printre cei care abuzează de substanţe se înregistrează, de asemenea, şi o incidenţă mai mare de boli mentale decât în populaţia generală. Cei care abuzează de substanţe ajung adesea în programele de tratament şi cu numeroase probleme sociale. Mulţi sunt şomeri sau le lipsesc abilităţile şi experienţa de muncă. Mulţi nu au nici măcar o diplomă de liceu. Unii nu au locuinţe, iar cei care au trecut prin închisori s-au înstrăinat de familie şi prieteni sau îşi numără prietenii numai printre toxicomani. Un număr semnificativ de clienţi aflaţi în tratament au probleme cu legea. Clienţii cu probleme juridice reprezintă mai mult decât jumătate din clienţii aflaţi în tratament pentru toxicomanie.

Datele statistice sugerează că toxicomanii care sunt asistaţi şi în aceste probleme adiţionale au rezultate mai bune în tratamentul toxicomaniei decât cei care nu sunt asistaţi. (13)

Deoarece dependenţa de substanţe afectează atât de multe faţete ale vieţii persoanei dependente, este necesar un lanţ de servicii care să permită recuperarea şi integrarea persoanei în societate ca persoană sănătoasă, adaptată şi, de aceea, scopul principal al unui asemenea sistem trebuie să fie un set de servicii de tratament şi suport care să permită individului să menţină o gestionare constantă a vieţii sale în cadrul comunităţii în care îşi continuă viaţa. Tratamentul trebuie structurat în aşa fel încât să asigure trecerea lină de la un nivel de asistenţă la altul evitând golurile în servicii şi răspunzând prompt la ameninţarea recăderii. Managementul de caz poate ajuta la îndeplinirea tuturor celor de mai sus. Managementul de caz este necesar deoarece, în majoritatea cazurilor, serviciile sunt fragmentate şi inadecvate faţă de nevoile clienţilor. Acest lucru se întâmplă datorită unei varietăţi de factori printre care: lipsa sau inconsistenţa criteriilor de evaluare pentru eligibilitatea faţă de anumite programe sau servicii de tratament; lipsa de comunicare între sisteme (de ex. între sistemul de asistenţă medicală pe de o parte şi de asistenţa toxicomanilor pe de altă parte); concentrarea pe finanţarea de programe disparate mai degrabă decât pe finanţarea unui întreg sistem. (13) Managementul de caz este un set de funcţii referitoare la servicii sociale menite să ajute clienţii în accesarea resurselor de care au nevoie pentru tratarea abuzului de substanţe. Aceste funcţii care compun managementul de caz sunt: evaluarea, planificarea, orientarea spre servicii şi *advocacy* (elementul marcant al managementului de caz, *advocacy* reprezintă o sumă de elaborări şi acţiuni menite să adapteze în permanenţă serviciile în funcţie de clienţii care se adresează acestor servicii). Managementul de caz poate fi implementat de un profesionist (manager de caz) care, fie se dedică în exclusivitate funcţiei de a ajuta clientul să acceseze resursele necesare, fie are această responsabilitate împreună cu cea de terapeut sau consilier. Resursele solicitate de un client pot fi ori de natură externă, în mediu (de ex. autogospodărire, educaţie), ori de natură internă (de ex. dezvoltare de abilităţi). Deşi managementul de caz şi terapia nu sunt incompatibile, principala diferenţă între ele este aceea că primul pune accentul pe achiziţionarea de resurse, în timp ce cea de a doua pune accentul pe facilitarea schimbării intra- şi interpersonale.

Pentru a concluziona, managementul de caz reprezintă evaluarea nevoilor clientului pentru a aranja, coordona şi monitoriza utilizarea unui pachet de servicii specifice în raport cu nevoile clientului în cauză. Printre sistemele de tratament în care clientul poate fi inclus în urma evaluărilor efectuate se află următoarele: sisteme orientate spre abstinenţă (unităţi de detoxifiere – în ambulatoriu sau instituţionalizate, centre de zi, unităţi de post cură, comunităţi terapeutice, programe de reabilitare – de tipul locuinţe protejate şi locuri de muncă protejate) sau servicii de reducere a riscurilor asociate consumului – de tip *harm reduction* (servicii de tip *out-reach*, centre de consiliere şi suport, programe de menţinere pe metadonă) (12). Serviciile orientate spre abstinenţă sunt destinate persoanelor cu un nivel motivaţional suficient de crescut pentru a atinge la un moment dat, după parcurgerea lanţului terapeutic, un stil de viaţă fără droguri (abstinenţă sau obiectivul *drog 0)* (12). Admiterea într-un astfel de program nu se realizează numai pe baza manifestării din partea clientului a scopului atingerii şi menţinerii abstinenţei, ci numai după o evaluare motivaţională şi aplicarea unor tehnici de consolidare a motivaţiei (de ex. prin tehnica interviului motivaţional). În general, lanţul începe cu includerea într-un servicu de detoxifiere, în ambulatoriu sau în unităţi închise, iar obiectivul acestei verigi a lanţului terapeutic este "tratamentul dependenţei fizice. La sfârşitul acestei perioade pacientul nu mai prezintă simptome de sevraj, în absenţa administrării substanţei." (12, pg.226). Ulterior detoxifierii, opţiunea poate fi intrarea într-un serviciu de post-cură sau de reabilitare psiho-socială (tratamente ambulatorii sau comunităţi terapeutice). Serviciile asigurate aici sunt de tipul psihoterapiei individuale, familiale şi de grup, terapie ocupaţională, tratamentul tulburărilor psihice asociate. (12) Menţionăm că intrarea într-un program de post-cură este o condiţie absolut necesară, dar nu şi suficientă pentru menţinerea abstinenţei pe termen lung şi reintegrarea socială. Succesul depinde foarte mult de calitatea serviciilor oferite, dar mai ales de gradul de adecvare a acestora la nevoile specifice ale clientului. (15). De aceea, este necesară evaluarea şi selecţia clienţilor, urmând ca numai unmii să intre în acest tip de tratament, ceilalţi fiind desemnaţi altor tipuri de servicii, de pildă de tip *harm reduction.*

Aşa cum am menţionat mai sus, clienţii trebuie îndrumaţi către diverse unităţi şi servicii medicale în funcţie de nevoile cu care se prezintă pentru prima oară la specialist. Intrarea într-unul sau altul dintre sistemele de tratament se realizează prin evaluarea mai multor indici, printre care nivelul motivaţional al clientului (prin plasarea acestuia într-unul dintre stadiile ciclului Prochaska & Di Clemente) şi indicele de severitate al adicţiei (evaluat prin chestionare din clasa ASI – Addiction Severity Index).

Managementul de caz îşi găseşte utilitatea mai ales în cazul clienţilor cu nevoi speciale, a celor care necesită intervenţii direcţionate sinergic în funcţie de caracterul complex al problematicii avute. Managementul de caz este deci o intervenţie adecvată pentru dependenţii de substanţe deoarece ei au în general probleme în mai multe zone ale vieţii, iar acest lucru este adevărat mai ales pentru acei clienţi ale căror probleme pot fi covârşitoare chiar şi pentru cei care nu au şi o problemă legată de abuzul de substanţe. Printre aceste nevoi speciale de tratament se află infecţia cu HIV, sau suferinţa determinată de SIDA, tulburările mentale, problemele medicale cronice şi acute, sărăcia, lipsa de locuinţă, incapacitatea de asumare a responsabilităţilor parentale, problemele asociate cu practicarea de activităţi ilegale, probleme juridice, lipsa unui loc de munca şi a unei ocupaţii stabile (13). De aceea, în etapa de evaluare, managementul de caz se axează pe determinarea gradului în care viaţa clientului toxicoman este afectată şi în alte arii de probleme specifice.

Un instrument de evaluare in toxicomanii: EuropASI.

EuropASI este cel mai utilizat chestionar pentru evaluarea severităţii dependenţei. În urma evaluării, rezultă un scor cuprins între 0 şi 9, iar în funcţie de acest scor, clientul este

îndrumat spre o formă sau alta de tratament. De exemplu, în programul "drog 0" (abstinenţă totală sau *drug free*), se includ cei cu dependenţă mică sau medie, exprimată printr-un punctaj cuprins între 2 şi 5. (15) Luând, să spunem, un consumator de heroină, profilul celui pentru care programul de abstinenţă este potrivit ar putea fi următorul: "tânăr ; nivel motivaţional crescut ; istoric scurt de consum ; doze mici, medii ; mod de administrare de preferat fumat, inhalat ; absenţa polidependenţei ; număr redus de tentative de dezintoxicare ; absenţa supradozelor sau număr redus ; patologie somatică asociată absentă sau bine tratată ; patologie psihiatrică asociată absentă sau bine controlată sub tratament ; familie suportivă ; partener de viaţă neconsumator şi cu atitudine suportivă ; cerc de prieteni neconsumatori ; nivel de şcolarizare bun sau relativ bun ; inserţie şcolară sau / şi profesională ; scor EuropASI (indice de severitate al adicţiei) mic sau mediu." (15, pg.45)

EuropAsi îmbina evaluarea obiectivă a situaţiei clientului – în şapte arii potenţial disfuncţionale – cu cea a nevoilor subiective ale acestuia, fapt deosebit de important în stabilirea unor obiective terapeutice realiste şi a unor indicaţii de tratament valide. Corect aplicat, el este un instrument foarte valoros în îndrumarea clientului spre diferite forme de ingrijire, dar şi în abordarea problematicii adicţiilor de catre specialişti. (11)

Versiunea europeană a Indexului de severitate a adicţiilor (EuropASI), ca şi ghidul pentru administrarea interviurilor EuropASI reprezintă o adaptare a celei de a cincea ediţii a manualului Indexului de severitate a adicţiilor. (3) Această versiune a EuropASI este rezultatul muncii unui grup de cercetători europeni care au lucrat deja cu versiuni traduse şi adaptate ale ASI (American ASI), muncă finanţată în parte de Comisia Comunităţii Europene (Programul COST A6).

La începutul anului 1993, Christina Hartgers (Olanda) şi Anna Kokkevi (Grecia) au preluat iniţiativa dezvoltării a ceea ce este acum cunoscut sub numele de EuropASI .

Curând Enrico Tempesta, Gino Pozzi (Italia), Eva-Maria Fahrner (Germania), Ambros Uchtenhagen (Elveţia) şi Peter Blanken (Olanda) s-au alăturat grupului de lucru EuropASI. Chiar dacă traduceri ale ASI erau deja disponibile în multe ţări europene, datele colectate prin utilizarea instrumentelor nu erau comparabile. Principalul scop al acestui grup de lucru era să dezvolte o versiune uniformă a unui ASI European pentru a putea compara utilizatorii de droguri şi alcool (aflaţi sau nu în contact cu unităţile de tratament) de pe teritoriul European. (6)

Grupul de lucru s-a decis să utilizeze ca bază pentru EuropASI cea de-a cincea ediţie a Indexului american de severitate a adicţiilor. McLellan şi colegii au fost informaţi în legătură cu proiectul şi au preluat bucuroşi iniţiativa. Au fost făcute unele adaptări pe baza experienţei membrilor grupului de lucru cu ASI. Deoarece au existat o lungă tradiţie şi istorie în cercetarea psihometrică, au fost derivate şi alte adaptări specifice din versiunea olandeză a ASI. (4)

Adaptările pot fi rezumate în felul următor:

- Unii itemi din American ASI nu păreau relevanţi sau nu păreau potriviţi – în formatul lor original – pentru contextul European. De exemplu, în Europa nu pare adecvat să întrebi clientul despre suma de bani primită sau câştigată, luând în considerare de la început surse variate (secţiunea privind statutul ocupaţional / financiar). De aceea, aceste întrebări au fost reformulate, întrebând dacă banii au fost sau nu primiţi din aceste surse. (6)

- Alţi itemi nu au putut fi adaptaţi prin traducere la situaţia europeană din cauza diferenţelor – de exemplu, privind organizarea sistemului de asigurări sociale şi sistemului de sănătate – şi de aceea au trebuit reformulaţi. (6)

În cadrul conferinţei „Komorbidität: Psychiatrische Störungen und stofflicher Miβbrauch", (Hamburg, septembrie 1993), grupul de lucru, înregistrat în acel moment ca Grupul de lucru 4 în programul COST A6 al Comisiei Comunităţii Europene a avut prima sa sesiune de lucru cu

EuropASI. În cadrul acestei sesiuni de lucru au fost prezentate atât istoria Indexului de severitate a adicţiilor în diferite ţări europene, cât şi o versiune preliminară a chestionarului EuropASI. În plus, au fost discutate atât importanţa dezvoltării unui program European de training pentru a „pregăti formatorii pentru a pregăti operatorii de interviu" în administrarea EuropASI, cât şi un studiu de validare (inclusiv comorbidităţi) a EuropASI pentru toate centrele. La sfârşitul sesiunii de lucru, participanţi din 11 ţări europene şi-au exprimat interesul de a lucra cu EuropASI şi de a participa la studiu.

De atunci, au trecut 18 luni până să se pună în practică iniţiativa EuropASI. Acest „Ghid pentru pregătirea şi administrarea interviurilor EuropASI", ca şi chestionarul însuşi sunt primele versiuni ale unui instrument care va fi, fără îndoială, foarte folositor în studiul utilizatorilor de droguri şi alcool, aflaţi sau nu în contact cu unităţile de tratament, în multe ţări europene.

În cele ce urmează, vom prezenta versiunea completă a adaptării româneşti a chestionarului EuropASI, împreună cu ghidul de aplicare a acestuia, împreună cu anexele şi protocoalele de administrare.[1]

Indexul de severitate a adicţiilor este un interviu semistructurat, relativ rapid, creat pentru a furniza informaţii importante legate de aspecte ale vieţii clientului, ce pot contribui la sindromul său de abuz de substanţă. Indexul este primul pas în elaborarea unui profil al clientului şi va fi ulterior utilizat de echipa clinică şi cea de cercetare. Astfel, este deosebit de importantă înţelegerea de către client a scopului interviului. Dacă ASI va fi utilizat numai în scop clinic, interviul trebuie descris clientului atât ca primul pas în înţelegerea întregii problematici pentru care acesta solicită ajutor, cât şi ca baza planului iniţial de tratament. Dacă ASI va fi utilizat numai pentru scopuri de cercetare, atunci, cel care face interviul trebuie să explice clientului că interviul va ajuta la furnizarea unei descrieri a situaţiei sale înainte şi după intervenţia sau procedura prin care clientul va trece. Intervievatorul trebuie, de asemenea, să găsească ocazia de a descrie clientului orice beneficiu potenţial pe care acesta îl poate aştepta în urma participării la cercetarea respectivă.

Intervievatorul trebuie să se prezinte clientului şi să menţioneze că doreşte să îi pună nişte întrebări referitoare la planul de tratament. De asemenea, trebuie să adauge faptul că tuturor aplicanţilor li se pun aceste întrebări în vederea tratamentului/cercetării, faptul că interviul va fi complet confidenţial, precum şi faptul că informaţiile nu vor fi folosite în afara cadrului tratamentului/cercetării. NOTA: Acestea trebuie subliniate pe parcursul întregului interviu.

Intervievatorul trebuie apoi să descrie structura interviului, subliniind cele 7 arii potenţiale de probleme. Acestea sunt: Situaţia medicală, Statutul ocupaţional şi suportul financiar, Consumul de alcool, Consumul de droguri, Statutul juridic, Situaţia socio-familială, Situaţia psihiatrică. Este important ca intervievatorul să accentueze natura contribuţiei clientului său la interviu.

De exemplu, el ar putea spune:

„ Am constatat că mulţi dintre clienţii noştri mai au, pe lângă problema alcoolului/drogurilor, şi probleme semnificative în alte arii, cum ar fi probleme medicale, ocupaţionale, familiale etc. În fiecare dintre aceste zone vă voi întreba dacă simţiţi că aveţi probleme,cât de mult aţi fost

[1] Traducerea chestionarului, ghidului de aplicare şi protocoalelor de administrare, precum şi instrumentul de aplicare în sistem electronic computerizat au fost elaborate de o echipă formată din: psih. Cătălina Drăgulănescu, psih. Cristina Oprea, as. social Ana-Maria Tudor (Secţia XVI - Spit. Cl. de Psihiatrie "Prof. Dr. Alex. Obregia"), dr. Ioana Popescu şi Ing. Mihai Popescu (asistent universitar UPB), la iniţiativa şi sub coordonarea Dr. Lucian Vasilescu (Sectia XVI - Spit. Cl. de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia") şi a Conf. C. Oancea (Sectia V – Spit. Cl. de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia"). Menţionăm faptul că varianta românească a chestionarului nu este încă validată, cercetările de validare aflându-se în curs. De asemenea, este necesară o formare specială pentru aplicarea şi interpretarea EuropASI în condiţii de validitate şi fidelitate.

tulburat de aceste probleme şi cât de importantă simţiţi că ar fi pentru dvs. tratarea acestora. Este o ocazie pentru dvs. de a vă descrie cele mai multe probleme, pe cele pentru care simțiți că aveţi cea mai mare nevoie de ajutor."

Pasul final al introducerii este explicarea scalei de punctaj (vezi Secţiunea II pentru instrucţiuni specifice). Această scală în 5 puncte va fi utilizată de client pentru a răspunde la întrebări subiective în cadrul fiecărei arii de probleme şi va fi prezentată ca reper la acest moment al interviului. Intervievatorul trebuie să descrie clientului utilitatea scalei şi să îi ofere un exemplu pentru a vedea dacă acesta a înțeles.

Pe măsură ce accentul interviului trece de la o arie de probleme la următoarea este foarte important ca intervievatorul să introducă fiecare nouă secțiune şi să mute atenția clientului de la aria anterioară de probleme.

De exemplu:

> „ Bine, am vorbit despre problemele dvs. medicale, acum vă voi pune câteva întrebări despre eventualele probleme ocupaţionale sau financiare pe care le-aţi avea."

În acest fel, clientul va fi pregătit să se concentreze în mod independent asupra fiecărei arii de probleme. Este important ca acesta să nu confunde probleme dintr-o anumită arie cu dificultăţi avute în altă arie, cum ar fi să confunde, de exemplu, probleme psihiatrice cu acele probleme rezultate direct din efectele fiziologice ale intoxicației cu alcool sau droguri.

INTERVIURI ULTERIOARE (FOLLOW-UP)

Dacă la un moment dat va fi realizat un interviu ulterior, acesta va trebui şi el să fie inclus în discuția introductivă. De exemplu:

„Cu permisiunea dvs., aş dori să iau legătura cu dvs. peste aproximativ 6 luni pentru a vă pune unele întrebări similare. Aceasta ne va permite să evaluăm programul pentru a vedea cât de eficient a fost."

Prin introducerea interviului într-o manieră transparentă, descriptivă, prin clarificarea oricăror neînțelegeri şi prin dezvoltarea şi menținerea unei relații continue cu clientul ne putem aştepta ca administrarea interviului să producă informaţii utile, valide. NOTĂ: instrucţiunile specifice pentru realizarea interviurilor ulterioare sunt prezentate mai târziu în această parte a manualului.

SCALA DE AUTOAPRECIERE A CLIENTULUI

Este deosebit de importantă dezvoltarea abilităţilor clientului de a comunica gradul în care sunt prezente în cazul lui problemele din fiecare arie specifică, precum şi gradul în care simte că tratamentul pentru aceste probleme este important. Aceste estimări subiective ocupă un loc central în cadrul participării clientului la evaluarea propriei sale situaţii.

În scopul standardizării acestei evaluări a fost realizată o scală în 5 puncte (0-4) pentru punctarea severităţii problemelor clientului şi gradului în care acesta simte necesitatea tratamentului pentru el.

0 - Deloc

1 - Slab

2 - Moderat

3 - Mult

4 - Foarte mult

Pentru unii clienţi este suficientă descrierea simplă a scalei şi a valorilor sale la începutul interviului şi uneori pe parcurs. Pentru alţi clienţi poate fi necesară o altă modalitate de obţinere a răspunsului. Principala grijă a intervievatorului este obţinerea opiniei clientului asupra itemilor prezentaţi. Este mult mai potrivit să faci clientul să-şi folosească propriul limbaj pentru a-şi exprima opinia decât să-l forţezi la o alegere din scală.

Pot apărea unele probleme în legătură cu punctarea. De exemplu, punctarea clientului pentru intensitatea problemelor într-o anumită arie n-ar trebui să se bazeze pe percepţia sa asupra altor probleme. Intervievatorul trebuie să încerce să clarifice fiecare scorare ca adresându-se fiecărei arii separate de probleme şi să se concentreze pe o perioadă de timp anterioară de 30 de zile. Astfel, punctarea trebuie realizată pe baza problemelor curente, actuale şi nu pe baza problemelor potenţiale. Dacă clientul nu a menţionat nici o problemă prezentă pe parcursul ultimelor 30 de zile, atunci înseamnă că gradul în care a fost tulburat de acele probleme trebuie să fie punctat ca 0, iar intervievatorul trebuie să pună o întrebare de confirmare pentru a se asigura de corectitudinea informaţiei obţinute.

„Din moment ce mi-aţi spus că nu aţi avut probleme medicale în ultimele 30 de zile pot presupune că în acest moment nu aveţi nevoie de tratament medical?"

Notă: În cazul în care clientul nu este în stare să înţeleagă procedura de punctare, se inserează un „X" pentru acei itemi.

ESTIMĂRILE

Anumite întrebări cer clientului să estimeze cât timp în ultimile 30 de zile a avut problema respectivă. Aceşti itemi pot fi dificili pentru client şi ar putea fi necesară o structurare a timpului, de exemplu: perioade de fracţionare (jumătate din timp etc.) sau puncte de reper (sfârşitul de săptămână, zilele săptămânii). În cele din urmă, este important ca intervievatorul să evite să impună clientului propriile sale răspunsuri (de exemplu: „Se pare că ai o problemă medicală deosebit de serioasă!"). Intervievatorul trebuie să ajute clientul să aleagă o estimare potrivită fără să forţeze răspunsuri specifice.

CLARIFICAREA

În timpul aplicării ASI, există multe ocazii pentru a clarifica întrebările şi răspunsurile, lucru considerat esenţial pentru realizarea unui interviu valid. Pentru a asigura calitatea informaţiilor, convingeţi-vă că sensul fiecărei întrebări este clar pentru client. Nu este neapărat necesar ca fiecare întrebare să fie pusă exact aşa cum apare în chestionar, se pot folosi parafraze şi sinonime adaptate fiecărui client şi se poate înregistra orice informaţie adiţională în cadrul secţiunilor "Comentarii".

NOTA: Atunci când se stabileşte în mod ferm neînţelegerea de către client a unei anumite întrebări, răspunsul trebuie totuşi înregistrat. În aceste cazuri se pune un „X" în prima coloană a acelui item. Acolo unde clientul pare să aibă probleme în a înţelege majoritatea întrebărilor, poate fi avantajoasă întreruperea interviului. În acest caz, este mult mai bine să aştepţi una sau mai multe zile, până când clientul îşi revine din starea iniţială de confuzie şi efectele consumului recent de alcool/droguri dispar, decât să înregistrezi răspunsuri confuze.

SCORURILE DE SEVERITATE

Notă generală cu privire la scorurile de severitate: Datorită nivelului crescut de fidelitate, validitate şi utilitate clinică, aceste scoruri de severitate au fost foarte mult şi divers folosite. Totuşi trebuie bine înţeles faptul că aceste scoruri reprezintă doar estimări ale stării clientului,

obţinute la un anumit moment dat, fiind oricând supuse schimbării cu modificări în contextul imediat al vieţii clientului. Mai mult, aceste scoruri nu pot înlocui un set mai detaliat de informaţii ce pot fi furnizate de client pe fiecare arie de probleme în parte. În sfârşit, din moment ce acestea sunt, în ultimă instanţă, doar nişte scoruri, se recomandă să nu fie folosite ca măsurători de rezultate în cercetare sau studii de evaluare ale programelor. Pentru scopuri de cercetare au fost dezvoltate, pentru fiecare arie de probleme în parte, scoruri („composite scores") mai obiective, bazate pe formule matematice. (Vezi McDahan şi colaboratorii, 1986).

Scorurile de severitate obţinute de intervievator pe fiecare arie separată de probleme pot avea utilitate clinică. Punctajele pe fiecare arie de probleme sunt bazate numai pe răspunsurile la întrebările obiective şi subiective din cadrul acelei arii şi nu pe informaţii suplimentare obţinute din afara cadrului interviului. Chiar dacă este recunoscut faptul că opiniile intervievatorului sunt adesea foarte importante, ele afectează scorurile de severitate introducând o sursă nesistematică de variaţie, coborând nivelul de utilitate generală a scalei. În scopul reducerii variaţiilor şi creşterii fidelităţii estimărilor, toţi intervievatorii trebuie să-şi dezvolte o metodă comună sistematică, de estimare a severităţii fiecărei probleme.

A fost stabilită o metodă în doi paşi pentru estimarea severităţii. În primul pas, intervievatorul ia în considerare numai datele obiective din cadrul ariei respective de probleme, acordând o atenţie deosebită acelor itemi critici (Vezi Anexa 2) din cadrul fiecărei arii de probleme, itemi despre care experienţa a demonstrat că sunt cei mai relevanţi pentru o estimare validă a severităţii. Utilizând datele „obiective", intervievatorul realizează o punctare preliminară a severităţii problemelor clientului (nevoia de tratament) bazată numai pe aceste date obiective. În pasul al doilea sunt luate în considerare declaraţiile subiective ale clientului, iar intervievatorul poate modifica, în consecinţă, punctarea preliminară. Totuşi, dacă o anumită informaţie utilă, dar care nu a fost obţinută în mod sistematic, apare la originea unui scor de severitate, ea trebuie înregistrată în secţiunea „Comentarii". În cazul în care clientul sugerează că o anumită problemă este deosebit de severă şi că tratamentul este „extrem de important" pentru el, atunci intervievatorul poate creşte scorul final de severitate. În mod similar, în situaţiile în care clientul prezintă în mod convingător evidenţe care descresc severitatea aparentă într-o arie de probleme, intervievatorul poate reduce scorul final.

În scopul acestui interviu, severitatea este definită ca nevoie de tratament în cazul în care acesta nu există sau ca nevoie de o formă sau un tip de tratament adiţional în cazul în care clientul primeşte deja o formă de tratament. Aceste scoruri trebuie să se bazeze pe declaraţii privind numărul, durata şi intensitatea simptomelor dintr-o arie de probleme.

Ghid general pentru punctare:

0 – 1 Nu există o problemă reală, nu se indică tratament
2 – 3 Problemă uşoară, probabil că nu este nevoie de tratament
4 – 5 Problemă moderată, este indicat un oarecare tratament
6 – 7 Problemă relativ severă, tratament necesar
8 – 9 Problemă severă, tratament absolut necesar

Este important de luat în considerare faptul că aceste scoruri nu sunt gândite ca estimări ale beneficiului potenţial obţinut de client din tratament, ci reprezintă, mai degrabă, gradul în care este necesară o intervenţie efectivă, indiferent dacă acest tratament este sau nu disponibil sau chiar existent. De exemplu, un client cu cancer în fază terminală va obţine, în mod garantat, un scor de severitate de 9, indicând că tratamentul este absolut necesar în situaţia sa. Se înregistrează în acest caz un scor de severitate maximă, chiar dacă nu este disponibil în prezent nici un tratament efectiv. Clienţii care prezintă câteva simptome sau ale căror simptome sunt sub control trebuie să primească un scor de severitate de nivel scăzut. Pe măsură ce numărul, durata sau/şi intensitatea simptomelor cresc, creşte şi scorul de severitate. Scoruri de severitate foarte

mari ar trebui să indice nivele periculos de înalte (pentru client sau pentru alţii) ale simptomelor şi corespunzător nevoii ridicate de tratament.

PROCEDURILE DE EXTRAGERE A SCORURILOR DE SEVERITATE

Pasul 1

Extrage un şir de scoruri (de la 2 sau 3 itemi), care descriu cel mai bine nevoia clientului de tratament la momentul prezent, numai pe baza datelor „obiective".

1. Elaborează un tablou al stării clientului pe baza itemilor obiectivi şi a itemilor critici (Anexa 2).

2. Aproximează şirul.

Pasul 2

Selectează un scor în cadrul şirului de mai sus, utilizând numai datele subiective din secţiunea respectivă.

1. Dacă subiectul consideră că problema este de luat în considerare şi simte că tratamentul este importantant, atunci selectaţi valoarea cea mai ridicată din şir.

2. Dacă subiectul consideră că problema este mai puţin serioasă şi consideră tratamentul mai puţin important, selectaţi valoarea din mijloc sau pe cea mai scăzută.

Datorită faptului că pentru fiecare problemă criteriile de stabilire a gradului de severitate variază de la situaţie la alta, s-a considerat că procedurile descrise mai sus sunt singurele care produc rezultate fidele şi valide. (McLellan şi colaboratorii, 1985)

Excepţii: În cazurile în care clientul are în mod evident nevoie de tratament, dar nu-şi manifestă totuşi această nevoie, rezultatele interviului trebuie să reflecte această nevoie evidentă de tratament. E.g., clientul face o relatare despre 30 de zile de discuţii contradictorii în familie, ducând, în unele cazuri, la abuz fizic, dar nu menţionează o nevoie de consilere familială. Natura evidentă a acestei nevoi trebuie subliniată. Evitaţi inferenţele, bănuielile sau presupunerile clinice cu privire la această problemă în absenţa unor indicii clare şi fiţi atenţi să nu interpretaţi excesiv „faza de negare alcoolică". Acolo unde este necesar, faceţi clarificări, utilizând sondări.

În cazul în care clientul nu a menţionat nici o problemă recentă sau curentă, dar menţionează o nevoie de tratament, clarificaţi fundamentul acestui punctaj. E.g., clientul menţionează că nu a consumat droguri sau alcool în ultimele 30 de zile şi că nu a simţit nevoia de a consuma (nu a trăit momente de craving), dar solicită tratament sub forma continuării întâlnirilor AA, considerând acest tratament „extrem de important" (scor 4). În acest caz clientul primeşte deja tratamentul adecvat şi nu are nevoie de tratament nou, diferit sau adiţional.

Important: Utilizând metoda descrisă mai sus, apare evident faptul că scorurile de severitate pot fi estimări fidele şi valide ale stării clientului din punctul de vedere al fiecărei arii de probleme. Totuşi, nu se recomandă utilizarea scorurilor de severitate pe post de rezultate de măsurare. Este important să ţinem cont de faptul că aceste scoruri sunt, de fapt, subiective şi şi-au demonstrat utilitatea numai în condiţiile în care toate datele sunt disponibile, iar interviul este realizat personal de intervievator. Dar lucrurile nu stau întotdeauna aşa în cazul unei evaluări ulterioare (follow-up). Au fost elaborate scoruri speciale („composite scores") pentru fiecare dintre ariile de probleme, scoruri compuse din itemi obiectivi construiţi pe baze matematice pentu a furniza

estimări cu validitate crescută ale stării clientului la follow-up.[2] Estimările privind severitatea au fost folosite atât clinic, cât şi ca predicţii privind evoluţia, utilizând şi scorurile speciale („composite scores") ca rezultate de măsurare. Vezi McGahan et. al., 1986; Composite Scores from the Addiction Severity Index for a description of these measures and their general use.

SCORURI DE VALIDARE

Scorurile de validare sunt date de ultimii 2 itemi din fiecare secţiune şi apar în felul următor:

Este informaţia de mai sus distorsionată semnificativ prin :

Deformări ale clientului ?	0 – nu;	1 – da
Incapacitatea clientului de a înţelege ?	0 – nu;	1 – da

De câte ori se bifează un răspuns „da", intervievatorul trebuie să înregistreze o scurtă explicaţie în secţiunea „Comentarii".

Judecata intervievatorului este importantă în stabilirea veridicităţii afirmaţiilor clientului şi a abilităţii acestuia de a înţelege natura şi scopul interviului. Acest lucru nu înseamnă pur şi simplu „intuiţie" din partea intervievatorului, ci siguranţa acestuia trebuie să se bazeze pe observarea răspunsurilor clientului în urma sondării şi întrebărilor suplimentare atunci când au fost prezentate informaţii contradictorii (e.g., clientul a relatat că nu are nici un venit, dar a cheltuit 1000 $ pentru droguri). Cele mai clare exemple sunt cele în care sunt prezente discrepanţe sau relatări contradictorii pe care clientul nu le poate justifica. În aceste cazuri, intervievatorul trebuie să indice o lipsă a încrederii în informaţia obţinută. Lucrurile sunt mai puţin clare atunci când comportamentul clientului sugerează faptul că acesta ar putea să nu răspundă sincer sau în situaţii în care clientul evită contactul vizual sau în cazurile în care clientul îşi neagă cu nepăsare toate problemele. Această situaţie n-ar trebui excesiv interpretată, deoarece aceste comportamente pot fi, de asemenea, rezultatul jenei sau anxietăţii. Este important ca intervievatorul să uzeze de sondări în mod suportiv pentru a asigura un nivel acceptabil de încredere în informaţiile obţinute.

> NOTA: Monitorizarea consistenţei informaţiilor furnizate de client pe parcursul întregului interviu este responsabilitatea intervievatorului. Este inacceptabil a se înregistra pur şi simplu ceea ce se relatează. Atunci când se remarcă o inconsistenţă (e.g., clientul nu a fost declarat nici un venit, dar se pretinde că sunt cheltuiţi 500 $ pe zi pentru droguri), intervievatorul trebuie să sondeze pentru a obţine informaţii suplimentare (subliniind clientului că informaţiile sunt strict confidenţiale) şi să încerce să elimine contradicţiile din relatările clientului. Atunci când acest lucru nu este posibil, informaţia nu trebuie înregistrată şi trebuie inserate „X" – uri însoţite de note scrise pentru a se exclude informaţiile respective.

SITUAŢII DIFICILE SAU INADECVATE

Clientul a fost deţinut sau se află internat în spital – Câteva întrebări din ASI necesită consideraţii asupra ultimelor 30 de zile sau asupra anului trecut. În situaţiile în care, pe parcursul perioadelor respective, clientul a fost în închisoare sau a fost tratat într-un cadru spitalicesc, devine dificilă elaborarea unui profil reprezentativ al clientului. De aceea, clientul nu ne poate furniza o relatare complet reprezentativă privind tiparul lui general de comportament sau privind cel mai sever comportament manifestat. Totuşi, a devenit o regulă restrângerea perioadei de timp supuse evaluării prin itemii respectivi la 30 de zile înainte de momentul interviului, indiferent de statutul clientului pe parcursul acelei perioade. Această procedură redă

[2] Aceste scoruri speciale sunt în curs de elaborare.

exclusiv starea clientului la momentul începerii tratamentului sau la momentul evaluării follow-up.

Chiar şi aşa, rămân totuşi unii itemi la care este deosebit de dificil de răspuns pentru un client care a fost în închisoare sau într-un alt mediu controlat. Probabil că exemplul tipic se află în secţiunea prind Statutul ocupaţional şi suportul financiar. Aici avem definite „zile cu probleme" numai acele zile în care clientul a încercat cu adevărat să-şi găsească de lucru sau acele zile în care au existat probleme la locul de muncă. Într-o situaţie în care clientul nu a avut posibilitatea să lucreze (fiind instituţionalizat) nu există, prin definiţie, pentru el, posibilitatea să fi avut probleme ocupaţionale. În situaţii ca aceasta, în care criteriile pentru definirea unei „zile–problemă" nu sunt îndeplinite, răspunsul potrivit este un „N", iar scorul aferent ar trebui să fie, de asemenea, „N".

Deformările clientului – S-a constatat că unii clienţi răspund astfel încât să prezinte intervievatorului o anumită imagine. Aceasta are, în general, ca rezultat răspunsuri inconsistente sau inadecvate, fapt ce iese la suprafaţă pe parcursul interviului. Pe măsură ce aceste aceasta se evidenţiază, intervievatorul trebuie să încerce să asigure clientul de confidenţialitatea datelor, să repete scopul interviului, să sondeze pentru răspunsuri mai reprezentative şi să clarifice răspunsurile a căror validitate este chestionabilă. Dacă natura răspunsurilor nu se îmbunătăţeşte, intervievatorul trebuie pur şi simplu să ignore toate datele care par chestionabile, introducând "X", înregistrând astfel acest lucru în foaia de răspuns. În cazurile extreme, interviul trebuie încheiat.

Incapacitatea clientului de a înţelege – Pot exista clienţi care sunt pur şi simplu incapabili să priceapă însăşi ideea de bază a interviului sau să se concentreze pe conţinutul întrebărilor, adesea din cauza efectelor sevrajului sau unor stări emoţionale extreme. Atunci când această situaţie devine evidentă, interviul trebuie încheiat şi trebuie programată o altă şedinţă.

INTERVIURILE ULTERIOARE (FOLLOW-UP)

Interviurile follow-up pot fi realizate după o perioadă de cel puţin o lună după interviul anterior, din moment ce perioada de evaluare este dată de ultimele 30 de zile. Interviul poate fi realizat în mod fidel şi valid şi prin telefon atâta vreme cât el se desfăşoară într-un context în care interlocutorul să se poată simţi liber să răspundă sincer şi în condiţiile în care intervievatorul realizează introducerea, subliniind confidenţialitatea informaţiilor (Vezi McLellan şi colaboratorii, 1980; 1985). Numai întrebările menţionate la Anexa 7 (instrucţiuni de follow-up) trebuie puse la interviul follow-up pentru că aceştia sunt itemii care pot reflecta schimbarea clientului. Vezi Anexa 7 pentru instrucţiuni suplimentare.

INSTRUCŢIUNI SPECIFICE

NOTA: Este important a se distinge itemii neaplicabili clientului (aceştia ar trebui codificaţi cu „N"), de cei pe care clientul nu-i poate înţelege sau la care nu va răspunde (aceştia ar trebui codificaţi cu „X"). Nu lăsaţi itemi necodificaţi.

NOTA: Aveţi grijă să obţineţi răspuns la toţi itemii la interviurile follow-up, utilizând procedurile conturate în secţiunea VIII a Instrucţiunilor Generale („Procedura Follow-Up"), Anexa 7, precum şi publicaţiile specifice privind procedurile follow-up (Vezi: Erdlen şi col., 1987: Doing Follow-ups with the ASI).

NOTA: Itemii marcaţi cu „ | | „ sunt itemi opţionali.

TITLURILE:

La începutul paginii 1 sunt prezentate indicaţiile generale cu privire la procedurile de completare a formularului. Sunt, de asemenea, incluse atât o descriere sumară a scorurilor de severitate, cât şi un rezumat al scalei de apreciere pentru subiect.

COLOANA DIN STANGA

Această serie de itemi a fost alcătuită pentru a furniza informaţii de ordin administrativ. Unele unităţi pot dori să opereze schimbări la nivelul acestei secţiuni pentru a obţine informaţii în conformitate cu ceea ce este important pentru locul respectiv, de exemplu informaţii privind asigurările (sociale sau/şi medicale), programe specifice de asistenţă, detalii cu privire la recomandările clientului (cine sau ce instituţie trimite clientul respectiv), sarcini ale managerului de caz, etc. Pentru aceste situaţii, pot fi utilizate pagini iniţiale complet diferite, adaptate la aceste situaţii. Se pot face orice şi oricâte modificări sau adăugiri la această primă pagină, în funcţie de nevoia de a reflecta cât mai exact necesităţile administrative ale unităţii dvs.

NUMAR DE IDENTIFICARE: specific.

TIPUL DE TRATAMENT: Se menţionează contextul specific în care este intervievat subiectul, alegând dintre următoarele:

0. NICI UN TRATAMENT. Cel intervievat nu se află în nici un tip de tratament.

1. DETOXIFIERE IN AMBULATORIU. Detoxifierea trebuie să aibă loc sub supraveghere specifică (având ca obiectiv atingerea stării de abstinenţă) pe o perioadă de maximum 6 săptămâni. Detoxifierea poate fi realizată fie fără medicaţie, fie prin administrarea de medicaţie simptomatică (e.g., clonidină, benzodiazepine, medicamente anti-inflamatorii non-steroide – NSAID etc.) sau prin administrarea pe termen scurt (în general mai puţin de 6 săptămâni) a unor agonişti (e.g., metadonă sau buprenorfină – în cazul opiaceelor ; 4 – hidroxibutirat în cazul alcoolului etc.) cu reducere progresivă a acestora. (N.t.: reţete la domiciliu fără nici o internare - care pot să plece din policlinică, spital, cabinet particular - şi detoxifierea acasă fără nici un tratament sub supravegherea strictă şi autentică a aparţinătorilor.)

2. DETOXIFIERE IN SPITAL. Restricţionarea clientului prin găzduirea adecvată a acestuia într-o instituţie specializată pentru tratamentul abuzului de substanţe.

3. SUBSTITUTIE IN AMBULATORIU. Substituţia implică tratament pe termen lung cu agonişti (e.g., LAAM, metadonă sau buprenorfină – în cazul opiaceelor ; 4 - hidroxibutirat în cazul alcoolului etc.) pe o perioadă de cel puţin 6 săptămâni. Poate fi inclus orice tip de intervenţie psihosocială (cu excepţia programelor structurate ca centre de zi), cu toate că nu este o condiţie esenţială. (N.t.: centre specifice - LSM IV, Belvedere – Ambulatoriu).

4. AMBULATORIU „DRUG-FREE". Conceptul de „drug-free" se referă numai la substanţele de abuz (fie alcool, fie droguri, fie medicamente) şi la substitutive (agonişti). Clientul poate primi antagonişti (e.g., naltrexona în cazul opiaceelor) sau aversivi (e.g., disulfiram în cazul alcoolului), medicaţie sau prescriere de psihotrope pentru tulburări mentale (în cazurile de comorbiditate) (vezi „Situaţia psihiatrică" din ASI). În cazul acestui grup, psihoterapiile reprezintă cel mai important tip de intervenţie. Tratamentele ambulatorii pentru tulburările mentale sunt şi ele incluse în cadrul acestui grup. (N.t.: tratamentele de post-cură în ambulatoriu - cabinete particulare, fundaţii etc.).

5. CENTRU „DRUG-FREE". Cel mai important tip de intervenţie în cadrul acestui grup este Comunitatea Terapeutică, fie pentru tulburările mentale, fie pentru abuzul de substanţe. (N.t.: tratamentele de post-cură în regim de internare - ex.: Bălăceanca - şi comunităţile terapeutice - ex.: Sibiu).

6. CENTRU DE ZI. Este un progam structurat, pe care clientul îl frecventează câteva ore pe zi, timp de câteva zile pe săptămână. Poate fi inclus orice tip de intervenţie farmacologică integrată. (N.t.: centrele de consiliere.)

7. SPITAL DE PSIHIATRIE. Include clinicile private şi spitalele de stat. Spitalizarea psihiatrică poate fi implicată în tratamentul dependenţilor în cazurile de comorbiditate (dublu diagnostic) şi/sau pentru consecinţele comportamentale ale intoxicaţiei şi/sau uneori pentru detoxifiere.

8. ALT SPITAL SAU SECTIE. Spitalele sunt implicate în tratamentul dependenţilor în cazurile de comorbiditate cu o boală fizică sau mentală, şi/sau uneori pentru detoxifiere.

9. ALTE SITUATII / NESPECIFICATE MAI SUS. Include servicii (pentru asistenţa dependenţei de alcool sau droguri) care au o procedură de admitere specifică şi nu este clar spre ce procedură de tratament va fi orientat clientul.

DATA ADMISIEI: Codificaţi ziua (două caractere), apoi luna (două caractere), iar în final anul (două caractere). De exemplu: 6 aprilie 1992 va fi codificat 040692.

DATA INTERVIULUI: Se va codifica în acelaşi mod ca şi câmpul „data admisiei".

|| MOMENTUL INCEPERII INTERVIULUI: Mai întâi, codificaţi ora (două caractere, considerând modul de reprezentare în 24 de ore), apoi codificaţi minutele (două caractere). De exemplu, ora două şi cinci minute după-amiaza, va fi codificată 1405.

|| MOMENTUL TERMINARII INTERVIULUI: în acelaşi mod ca şi câmpul de mai sus.

TIPUL DE INTERVIU: În cazul mai multor evaluări follow-up, prima evaluare follow-up va fi codificată „2", cea de a doua evaluare va fi codificată „3", ş.a.m.d.

CONTACTAT: câmpul se auto-explică.

SEXUL: nu se întreabă, ci se specifică direct de intervievator (cel aparent).

INTERVIEVATOR: codul specific sau numele intervievatorului.

STARE SPECIALA CLIENT: câmpul se auto-explică.

COLOANA DIN CENTRU

Aceste întrebări sunt în general de natură demografică şi necesită unele clarificări.

1. ADRESA: Specificaţi locul unde respondentul locuieşte în mod real, şi nu locul unde este înregistrat oficial a locui.

2. COD POSTAL: Din nou, este vorba despre codul poştal al adresei reale.

|| 3. DE CAT TIMP LOCUIESTE LA ACEASTA ADRESA:

|| 4. LOCUINTA ESTE PROPRIETATE A:

5. VARSTA:

6. NATIONALITATEA: Nu se referă la rasă.

7 A + B + C. ŢARA NATALA A TATALUI, A MAMEI SI A CLIENTULUI:

8. ÎN ULTIMELE 30 DE ZILE S-A AFLAT INTR-UN MEDIU CONTROLAT: Se referă la o situaţie de viaţă în care libertatea clientului, ca şi accesul său la alcool şi droguri au fost restricţionate. Acest lucru înseamnă de obicei că s-a aflat într-o situaţie de tratament sau într-o instituţie penală. O situaţie de compromis, cum ar fi cea a tratamentului la domiciliu, nu

reprezintă în general un mediu controlat. Dacă subiectul s-a aflat în două tipuri de medii controlate, introduceţi tipul în care şi-a petrecut majoritatea timpului. În aceste cazuri, timpul petrecut într-un mediu controlat (itemul 9), va reflecta timpul total petrecut într-un mediu controlat. Dacă răspunsul la itemul 8 este „Nicăieri", introduceţi „N" la itemul 9.

NOTA: În unele ţări (e.g., Italia), clienţii aflaţi în tratament tip centru de zi, se pot afla, de asemenea, în situaţia unui mediu controlat, dacă familia lor realizează un control permanent peste noapte.

9. CATE ZILE: Vezi instrucţiunile specificate pentru itemul 8.

COLOANA DIN DREAPTA

În această coloană sunt lăsate spaţii pentru înregistrarea de date la unele teste psihologice. Aceste spaţii pot fi modificate oricum în funcţie de testele administrate în unitatea dvs.

PROFILUL DE SEVERITATE: Graficul este dat în scopul rezumării profilului de severitate a problemelor clientului. Cu privire la completarea interviului, intervievatorul trebuie să facă marcajele adecvate pe grilă.

SITUATIA MEDICALA

1. SPITALIZARI. Se introduce numărul de spitalizări pentru probleme medicale. De asemenea, se includ şi spitalizările pentru supradoze şi delirium tremens, dar se exclud detoxificările sau alte forme de tratament pentru alcool, droguri, sau tratament psihiatric. Nu se ia în considerare naşterea naturală. Totuşi, se iau în considerare complicaţiile la naştere şi se introduc în secţiunea „Comentarii".

2. ULTIMA INTERNARE. Se introduce numărul de ani şi luni de la ultima internare pentru probleme medicale. Dacă nu a fost niciodată internat pentru o problemă medicală, se introduce „N" şi la ani şi la luni.

NOTA: În cazul în care clientul a fost spitalizat cu mai puţin de o lună în urmă, se codifică „01" la luni.

3. PROBLEME MEDICALE CRONICE. O situaţie de boală cronică reprezintă o problemă sau o posibilă problemă medicală, care necesită o grijă continuă sau regulată din partea clientului (e.g., medicaţie, regim alimentar, incapacitatea de a lua parte sau de a desfăşura activităţi normale). Exemple de probleme medicale cronice sunt: hipertensiunea arterială, diabetul, epilepsia şi handicapurile fizice. În cazuri extreme, pot fi luate în considerare aici şi problemele menstruale cronice, dacă acestea interferă cu viaţa cotidiană sau pot fi gestionate numai prin tratament medicamentos regulat. Introduceţi „da", în cazul în care clientul are o problemă medicală cronică ce îl menţine în situaţia de a nu-şi putea exercita corespunzător abilităţile.

În cazul în care clientul menţionează nevoia de ochelari de vedere, sau faptul că unele alergii minore sunt probleme cronice, aceasta este o neînţelegere a întrebării.

În cazul în care clientul menţionează o problemă cronică validă, faceţi comentarii asupra acesteia în spaţiul special rezervat.

PROBLEME MEDICALE CRONICE COMUNE pentru persoanele dependente de alcool:

Probleme gastrointestinale (sângerări sau varice esofagiene, ulcere, gastrite, pancreatite).

Probleme ale ficatului (steatoză hepatică, ciroze, hepatite).

Altele (hipertensiune arterială, diabet, crize – ce pot fi sau nu parte a sevrajului).

PROBLEME MEDICALE CRONICE COMUNE pentru persoanele dependente de droguri:

Hepatite, hipertensiune arterială, abcese (pe braţe, pe picioare), fluid la nivelul plămânului, tulburări cardiace.

Probleme legate de SIDA – pot fi foarte numeroase, dar în special afte bucale, infecţii neobişnuite şi probleme pulmonare. Infecţia HIV asimptomatică nu reprezintă o problemă medicală cronică.

4. HEPATITELE. Scopul acestei întrebări este acela de a identifica infecţiile datorate comportamentelor de risc (sex neprotejat, împrumutul seringilor, etc.), deci sunt luaţi în considerare numai viruşii hepatitici B, C şi D. Oricum, în cazul în care clientul nu poate specifica exact serologia, dar ştie că a avut un virus hepatitic, codificaţi „da". Hepatita toxică este în mod evident exclusă (chiar dacă este ceva comun printre utilizatorii de droguri şi alcool).

NOTA: În scopul evitării răspunsurilor nevalide, nu trebuie exercitată nici o presiune în cazurile în care clientul este refractar la a da informaţii despre infecţiile virale (îndeosebi referitor la HIV). De aceea, a fost adoptat un sistem diferit de codificare pentru itemii 4, 5 şi 7, astfel:

0 = Nu / Răspuns negativ ;

1 = Da / Răspuns pozitiv ;

2 = Nu ştiu ;

3 = Refuz să răspund.

5 – 7. HIV

8. MEDICAŢIE PRESCRISĂ. Scopul acestei întrebări este de a valida severitatea problemei medicale, prin intermediul deciziei de medicaţie a unui medic. De aceea, dacă medicaţia a fost prescrisă de un medic pentru o problemă medicală (nu psihiatrică şi nu legată de abuzul de substanţă), trebuie ţinut seama de acest lucru, indiferent dacă medicaţia a fost luată de client.

Dacă subiectul ia o medicaţie, atunci aceasta trebuie să fi fost prescrisă de medic.

Medicaţia prescrisă numai pentru perioade scurte de timp, sau pentru anumite probleme temporare (e.g., răceli, cure de dezintoxicare) nu trebuie luată în considerare. Trebuie luată în considerare numai nevoia continuă de medicaţie. (e.g., hipertensiune arterială, epilepsie, diabet etc.).

Nu se include medicaţia pentru tulburările psihiatrice, aceasta va fi înregistrată ulterior.

Medicaţia pentru tulburări de somn este de obicei temporară şi cade sub incidenţa secţiunii „Situaţia psihiatrică".

9. PENSIE. Beneficiul trebuie să fie pentru o dizabilitate fizică (şi nu psihiatrică).

10. TRATAMENTE MEDICALE. Scopul acestei întrebări este să testeze preocuparea clientului faţă de propriile sale probleme de sănătate fizică, şi nu pur şi simplu severitatea

acestora. Aşa că, orice vizită la medicul de familie sau generalist, la medicul specialist sau la serviciul ambulator al unui spital, trebuie luată în considerare. Includeţi aici numai tratamentul pentru probleme medicale. Anumite stări temporare, sau mai puţin severe (e.g., o răceală sau o gripă) trebuie, de asemenea, să conteze. Totuşi, în cazul în care clientul a mers la medic pentru a cere un certificat sau o prescripţie în scop mai degrabă administrativ, această situaţie trebuie exclusă. Problemele psihiatrice, ca şi problemele medicale care sunt rezultatul direct al consumului de alcool sau droguri (cum ar fi mahmurelile, vomismentele, insomniile, sevrajul etc.), care ar fi fost absente dacă subiectul ar fi fost abstinent, trebuie, de asemenea, excluse.

11. ZILE ÎN CARE A FOST BOLNAV. Întrebaţi clientul câte zile din ultimile 30 a avut probleme fizice / medicale. Nu includeţi problemele cauzate direct de alcool sau droguri, cum ar fi mahmureli, vomismente, insomnii, etc., care ar fi fost absente dacă subiectul ar fi fost abstinent. Totuşi, în cazul în care a apărut o problemă constantă prin abuzul de substanţă, problemă ce nu poate fi eliminată pur şi simplu prin abstinenţă, se includ zilele în care a suferit din cauza acestor probleme (e.g., ciroză, flebită, pancreatită etc.).

Includeţi aici şi tulburările minore, cum ar fi răceala sau gripa, chiar dacă aceste probleme vor da un scor scăzut de severitate.

12 & 13. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI. Aveţi grijă ca pacientul să se refere în răspunsul său strict la acele probleme descrise la itemul 11. Dacă la acest item nu au fost menţionate probleme medicale, puneţi o întrebare de confirmare şi codificaţi „deloc", adică „0".

Pentru itemul 13, subliniaţi faptul că vă referiţi la tratament medical suplimentar pentru acele probleme specificate la itemul 11. Dacă problemele medicale ce sunt tratate adecvat au fost menţionate de client, puneţi o întrebare de confirmare şi codificaţi cu un scor scăzut („deloc" – „0").

14. SCORUL DE SEVERITATE. În multe cazuri, clienţii suferă de probleme ce nu pot fi controlate şi, cel puţin în prezent, nu pot fi vindecate (diabet, hipertensiune, epilepsie, patologie conexă SIDA). Dacă subiectul pare a avea grijă în mod adecvat de situaţia sa medicală (medicaţie adecvată, regim alimentar adecvat etc.) şi este sub control, atunci se poate să nu fie nevoie de tratament suplimentar sau de alt tip de tratament faţă de cel pe care îl urmează deja. În acest caz, în care un tratament suplimentar nu este probabil necesar, scorul de severitate al clientului poate fi scăzut. Dacă însă situaţia sa este severă sau problematică din acest punct de vedere, ea trebuie codificată ca atare, chiar şi în situaţia în care în prezent nu există sau nu este disponibil un tratament eficace pentru acea problemă. Totuşi, dacă asistenţa medicală pe care clientul o primeşte în acel moment menţine situaţia la un nivel controlabil, non-problematic (e.g., în cazul diabetului, insulina ţine situaţia sub control), aceasta nu trebuie codificată ca severă, chiar dacă problema de sănătate este una serioasă.

STATUTUL PROFESIONAL SI SUPORTUL FINANCIAR

1. EDUCATIE / ANI DE SCOALA. Introduceţi numărul anilor terminaţi de educaţie formală. Nu trebuie luaţi în considerare anii de şcoală întrerupţi şi anii de şcoală repetaţi. Trebuie considerată educaţie formală următoarele tipuri de educaţie:

- şcoală primară (clasele I – IV);
- şcoală gimnazială (clasele V – VIII);
- şcoală specială (8 clase);
- liceul (clasele IX – XII sau XIII -seral);
- şcoală profesională.

Școala prin corespondenţă nu trebuie luată în considerare aici.

2. ANI DE ŞCOALĂ SUPERIOARĂ. Introduceţi numărul anilor completi de educaţie superioară. În general, anii de liceu (începând cu vârsta de 18 ani) sunt necesari pentru accesul în învăţământul superior. Următoarele tipuri de educaţie ar trebui incluse :

- şcoală post-liceală sau colegiu;
- facultate;
- studii post-universitare.

3. CEA MAI INALTA DIPLOMA OBTINUTA. Adeverinţe pentru numărul de clase absolvite, diplome de absolvire, certificate de absolvire.

4. CARNET DE CONDUCERE. Orice carnet valid de şofer care nu a expirat, nu a fost suspendat sau revocat. Acest item este o indicaţie simplă în legătură cu oportunitatea de angajare, prin aceea că multe servicii necesită existenţa unui carnet de şofer sau cel puţin posibilitatea de a ajunge la serviciu în locuri în care poate că nu este disponibil transportul public.

5. CEA MAI LUNGA PERIOADA DE ANGAJARE. Subliniaţi faptul că sunteţi interesat de cea mai lungă perioadă neîntreruptă în care clientul a fost angajat. Nu este nevoie ca în perioada respectivă să fi fost angajat într-un singur loc. Se iau în considerare şi serviciile jumătate de normă, dar numai atunci când este vorba despre cel puţin două zile şi jumătate (20 de ore) pe săptămână.

Trebuie codificate atât serviciile plătite - fie acestea legale (înregistrate), fie „la negru" - cât şi cele de voluntariat.

Bişniţa, prostituţia şi proxnetismul, furtul etc. nu sunt luate în considerare aici. Perioadele de angajare pe parcursul serviciului militar trebuie codificate numai atunci când acestea sunt în afara perioadei de înrolare (durata specificată prin legislaţia în vigoare). Perioadele de angajare obligatorii în locul efectuării stagiului militar nu trebuie codificate.

În sfârşit, în ciuda importanţei, nu se iau în considerare aici munca în gospodărie sau alte activităţi lucrative în cadrul familiei.

6. CEA MAI LUNGA PERIOADA IN CARE NU A FOST ANGAJAT. Subliniaţi faptul că sunteţi interesat de cea mai lungă perioadă în care clientul nu a fost angajat. Aceasta include perioade în care nu a fost angajat legal (înregistrat), nu a lucrat „la negru", nu a lucrat voluntar (neplătit) şi nici nu a fost prins în vreo formă de educaţie.

În cazul în care clientul este angajat jumătate de normă pentru mai puţin de două zile şi jumătate (20 de ore) pe săptămână, atunci se înregistrează ca nefiind angajat. La fel, bişniţa, prostituţia şi proxnetismul, furtul etc. Din nou, conducerea gospodăriei se codifică drept lipsă de angajare. În cazul în care clientul nu a fost niciodată angajat, socotiţi anii începând cu sfârşitul ultimului an al ultimei forme de educaţie (sau de la vârsta de 15 ani, dacă subiectul nu a primit nici o formă de educaţie).

7. OCUPATIA. Se înregistrează categoria ocupaţională adecvată (vezi Anexa 4). Aveţi grijă să vă încadraţi în categoriile profesionale generale (adică, dacă este agent de vânzări, atunci poate fi, de exemplu, în vânzări de computere şi se încadrează într-o anumită categorie, sau poate fi în vânzări de maşini utilizate şi atunci se poate încadra într-o altă categorie). Dacă subiectul a lucrat recent într-o categorie diferită, înregistraţi ocupaţia lui obişnuită. În cazul în care clientul nu are o ocupaţie obişnuită, înregistraţi cel mai recent serviciu. Codificaţi „N" numai atunci când clientul nu a lucrat deloc niciodată.

8. TIPUL DE OCUPATIE DIN ULTIMII 3 ANI. Intervievatorul ar trebui să determine alegerea cea mai reprezentativă luând în calcul ultimii 3 ani şi nu neapărat pe cea mai recentă. De obicei, se ia în considerare munca cu normă întreagă (inclusiv munca „la negru") şi munca în regim de colaborare. Munca neregulată jumătate de normă se referă la serviciile în care clientul munceşte cu program de jumătate de normă, însă nu pe baza unui program stabil, adică zilier.

Serviciul militar este considerat redus la perioada de stagiu obligatoriu. Serviciul militar în afara acestei perioade fixe trebuie considerat „ocupaţie obişnuită".

Atunci când există cel puţin două categorii profesionale cu perioade egale, înregistraţi-o pe cea mai reprezentativă pentru situaţia din prezent.

9. NUMARUL DE ZILE LUCRATE DIN ULTIMELE 30. Înregistraţi numărul de zile în care clientul a lucrat, indiferent dacă a fost plătit (deci, includeţi şi voluntariatul sau munca „la negru"). Se includ concediile medicale şi de odihnă.

Serviciile casnice ca şi serviciile deţinute în închisori, comunităţi terapeutice sau spitale nu sunt luate în considerare, chiar dacă sunt plătite. Bişniţa, prostituţia şi proxenetismul, furtul etc. sunt, de asemenea, excluse.

10 – 16. SURSE DE VENITURI. Dacă subiectul şovăie să răspundă la această parte a interviului, amintiţi-i că toate informaţiile sunt confidenţiale.

ANGAJARE. Aici se includ atât munca plătită legal, cât şi „munca la negru".

AJUTOR DE SOMAJ SI PLATI COMPENSATORII.

AJUTORUL COMUNITATII SAU OPERE CARITABILE.

PENSII, BENEFICII SAU AJUTOARE SOCIALE. Această categorie include beneficii pentru persoane handicapate, pensionari, veterani, alocaţii şi ajutoare sociale.

SUPORT FINANCIAR DIN PARTEA COLEGILOR, FAMILIEI SAU PRIETENILOR. Scopul acestei întrebări este de a determina dacă subiectul a primit în plus bani de buzunar în ultimele 30 de zile şi nu dacă a fost întreţinut din punct de vedere al hranei, îmbrăcămintii şi adăpostului. Înregistraţi numai banii împrumutaţi sau primiţi de la colegi, familie sau prieteni. Aceştia se referă numai la numerarul dat clientului şi nu la vreo valoare estimată pentru costurile de adăpost şi hrană. Nu înregistraţi la acest item câştigurile soţului sau soţiei, ci pur şi simplu banii daţi efectiv clientului pentru cheltuială. De asemenea, includeţi aici veniturile suplimentare sau neaşteptate obţinute din jocurile de noroc legale (N.t.: în legislaţia românească sunt considerate jocuri de noroc legale acele jocuri pentru care se plăteşte impozit statului), împrumuturi, moşteniri, regularizări de taxe etc. sau din orice altă sursă neaşteptată de venituri.

VENITURI ILEGALE. Această categorie include toţi banii obţinuţi ilegal din trafic de droguri, furt, bişniţă, jocuri de noroc ilegale etc.

PROSTITUTIE SI PROXENETISM.

NOTA: Dacă subiectul a primit droguri în schimbul prostituţiei şi a altor activităţi ilegale nu faceţi transformarea în bani, ci menţionaţi acest lucru la „Comentarii" în secţiunea respectivă. Accentul este întotdeauna pe banii disponibili şi nu pe estimarea venitului clientului.

18. SURSA PRINCIPALA DE VENITURI. Se ia în considerare perioada ultimelor 30 de zile.

19. DATORII. Se înregistrează suma datorată de client în moneda ţării respective. De exemplu, atunci când unitatea de măsură este 10.000 lei, iar clientul are o datorie de 3.000.000 lei, acest lucru se va codifica „00300". Dacă subiectul raportează o datorie 999.990.000 lei sau mai mult, această situaţie se va codifica întotdeauna „99999".

Regulile de rotunjire depind de unitatea de măsură. În general, atunci când o datorie este mai mică decât jumătate din suma reprezentată de unitatea de măsură (mai puţin decât 5.000 lei), aceasta trebuie rotunjită prin lipsă, iar atunci când o datorie este de jumătate sau mai mult din suma reprezentată de unitatea de măsură (5.000 lei sau mai mult), ea trebuie rotunjită prin adaos.

Se includ aici datoriile, atât la persoane fizice, cât şi la instituţii (datorii bancare, taxe şi impozite, amenzi, burse şi alte facilităţi studenţeşti în cazul exmatriculării). Nu se includ ipotecile. Dacă respondentul conduce o firmă, datoriile financiare ale firmei nu trebuie luate în considerare, decât în cazul în care banii au fost sustraşi de client în scopuri personale.

Introduceţi „X" numai dacă subiectul nu poate face o estimare rezonabilă.

20. PERSOANE AFLATE IN INTRETINERE. Subliniaţi faptul că persoanele respective trebuie să depindă în mod permanent de client, din punct de vedere al suportului financiar, neluându-se în considerare persoanele cărora clientul le dă bani ocazional. Nu-l includeţi aici pe client sau un/o soţ/soţie care se întreţine singur/ă. Nu includeţi aici nici persoanele care sunt angajate (legal sau ilegal) de client şi cărora acesta le plăteşte, deci, salariu. Nu se includ cei care depind financiar în mod normal de client, dar datorită unor circumstanţe deosebite, nu au primit recent suport financiar. Pensiile alimentare sau banii daţi copiilor pentru întreţinere sunt plăţi incluse, indicând persoane care depind financiar de client.

21. PROBLEME DE ANGAJARE IN ULTIMELE 30 DE ZILE. Itemul include inabilitatea de a găsi de lucru sau probleme la locul actual de muncă (numai dacă subiectul a încercat să-şi găsească de lucru sau dacă angajarea din prezent este în pericol sau este nesatisfăcătoare pentru client). Problemele cu angajarea sau cu lipsa de angajare ce sunt direct legate de abuzul de alcool sau droguri (adică intoxicaţiile sau sevrajul) nu se includ.

NOTA: Este important să se distingă dacă problemele relatate de client aici sunt probleme interpersonale la locul de muncă sau sunt legate în întregime de utilizarea alcoolului/drogurilor. Astfel de probleme interpersonale ar trebui luate în considerare mai degrabă în secţiunea „Situaţia socio–familială" sau în secţiunea „Consum de droguri/alcool".

Nu luaţi în considerare sentimentele negative legate de planurile de angajare sau dorinţa de a face bani sau de a schimba locuri de muncă, decât dacă subiectul a făcut efectiv eforturi de a face aceste schimbări şi s-a simţit frustrat.

În situaţia în care clientul nu a avut ocazia de a munci, fiind deţinut în închisoare sau într-un alt mediu controlat, nu este posibil prin definiţie ca acesta să fi avut probleme de angajare. În cazurile în care clientul nu a avut ocazia să se afle într-o „situaţie–problemă" din acest punct de vedere, răspunsul adecvat este „N", iar scorurile clientului la itemii următori ar trebui să fie tot „N" pentru că depind de confruntarea efectivă cu problema.

22 şi 23. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI. Aceste scoruri se referă strict la problemele identificate prin itemul 21. Dacă la itemul 21 nu a fost menţionată nici o problemă, puneţi o întrebare de confirmare şi codificaţi „deloc" – „0" la itemul 22.

Pentru itemul 23 subliniaţi faptul că prin importanţa consilierii ocupaţionale înţelegeţi acordarea de ajutor în găsirea unei slujbe sau pregătirea lui pentru slujbă şi nu faptul că îi daţi o slujbă. De asemenea, subliniaţi faptul că vă referiţi la un demers adiţional în oferta de consiliere ocupaţională pentru problemele specificate pe itemul 21. Dacă au fost relatate probleme ocupaţionale care sunt consiliate adecvat în prezent, puneţi, din nou, o întrebare de confirmare şi codificaţi „deloc".

CONSUMUL DE DROGURI / ALCOOL

1 – 13. VARSTA LA DEBUT. Se referă la vârsta la care clientul a început să consume în mod abuziv substanţa, într-una dintre următoarele conduite abuzive:

A) cel puţin 3 zile pe săptămână (indiferent de doză)

sau:

B) timp de cel puţin 2 zile consecutive pe săptămînă, până la punctul în care compromite activităţile normale, cum ar fi munca, şcoala, viaţa de familie, alte activităţi recreaţionale sau activităţile vieţii cotidiene (ca şofatul) etc.

NOTA: Consumul definit la punctul B) este răspândit în principal în cazul cocainei, alcoolului, dar şi al altor droguri (ex.: amphetamine).

Acest criteriu trebuie repetat pentru fiecare substanţă în parte până când este clar că subiectul a înţeles. De exemplu: „La ce vârstă ai început să utilizezi heroină cel puţin de 3 ori pe săptămână ?", sau: „La ce vârstă ai început să utilizezi cocaină cel puţin de 3 ori pe săptămână sau în cantităţi mari în 2 zile consecutive pe săptămână ?"

Dacă subiectul nu a utilizat niciodată substanţa în modul definit mai sus, codificaţi „N" pentru acea substanţă. Totuşi dacă vreo substanţă a fost utilizată în cantitate mai mică sau cu frecvenţă mai mică decât este definit mai sus, acest lucru trebuie notat în secţiunea „Comentarii", dar nu se include în itemii 1 – 13 la vârstă.

Vedeţi şi instrucţiunile specifice pentru „Alcool – peste măsură", adică itemul 2, ca şi cele pentru „Mai mult de o substanţă pe zi", adică itemul 13.

CONSUMUL PE PARCURSUL INTREGII VIETI. Această întrebare are scopul de a determina perioadele lungi de consum, definite ca „cel puţin de trei ori pe săptămână" sau ca „mai mult de 2 zile consecutive".

Durata consumului poate fi rotunjită la ani fără o pierdere de informaţie. Astfel, consumul de cel puţin 6 luni, aşa cum este el definit mai sus, va fi considerat drept consum de 1 an; consumul de mai puţin de 6 luni va fi notat în secţiunea „Comentarii", dar nu va fi considerat drept consum de 1 an. Dacă subiectul a utilizat o substanţă timp de mai mulţi ani, dar cu perioade de consum separate de perioade de abstinenţă, duratele acelor perioade de consum trebuie adunate, iar suma trebuie rotunjită la ani.

În cazul în care clientul nu a utilizat niciodată o substanţă într-unul dintre modurile descrise mai sus, sau a utilizat substanţa timp de mai puţin de 6 luni, se codifică „00" pentru acea substanţă. Oricum, dacă frecvenţa în utilizarea substanţei este mai mică decât în cazurile de mai sus, acest lucru trebuie menţionat în secţiunea „Comentarii", dar nu se contorizează.

Vedeţi şi instrucţiunile specifice pentru „Alcool – peste măsură", adică itemul 2, ca şi cele pentru „Mai mult de o substanţă pe zi", adică itemul 13.

CONSUMUL PE PARCURSUL ULTIMELOR 30 DE ZILE. Se contorizează fiecare zi din ultimile 30 în care clientul a consumat alcool sau droguri (pe una dintre căile de administrare menţionate în coloana din stânga). Dacă nu a consumat deloc alcool sau droguri, codificaţi „00".

Vedeţi şi instrucţiunile specifice pentru „Alcool – peste măsură", adică itemul 2, ca şi cele pentru „Mai mult de o substanţă pe zi", adică itemul 13.

CALEA DE ADMINISTRARE. Trebuie codificată metoda de administrare uzuală sau cea mai recentă. În cazurile în care sunt utilizate în mod obişnuit două sau mai multe căi de administrare, trebuie codificată cea mai gravă.

Codurile pentru fiecare cale de administrare sunt listate sub lista de droguri (respectiv în coloana din stânga, în program), fiind numerotate în ordinea crescătoare a severităţii, astfel:

1 = Oral ;

2 = Nazal ;

3 = Fumat ;

4 = Injectabil, non-intravenos ;

5 = Injectabil, intravenos.

1 – 13. SUBSTANTELE DE ABUZ. Asiguraţi-vă că daţi clientului suficiente exemple, utilizând denumirile lor ştiinţifice (substanţa de bază), uzuale (denumirile din farmacii), dar şi pe cele utilizate în argou, pentru fiecare categorie specificată în Anexa 5 „Lista substanţelor de abuz utilizate în general".

NOTA: Este important să se treacă în revistă toată istoria de abuz de substanţe, indiferent de problema prezentă (e.g., un alcoolic poate combina drogurile cu băutura; un consumator de cocaină poate să nu fie conştient de problema pe care o are cu consumul de alcool).

Medicaţia prescrisă de medic se ia în considerare sub numele generic adecvat. LAAM se înregistrează sub numele „Metadonă". Antagoniştii şi aversivii (e.g., Antalcool, Naltrexonă şi Disulfiram) nu se înregistrează în cadrul secţiunii de istoric privind abuzul de substanţe, dar se notează la „Comentarii" în josul paginii.

Luaţi în considerare lista din Anexa 5 şi categoriile ASI pentru agenţii chimici enumeraţi după numele lor de stradă. Dacă un client relatează consumul regulat recent şi/sau consumul din trecut al unei anumite substanţe care nu este menţionată în lista respectivă, atunci acea substanţă trebuie notată şi specificată la „altele".

1 & 2 CONSUM DE ALCOOL SI CONSUM DE ALCOOL PESTE MASURA. Deoarece consumul de alcool este în general acceptat social, consumul putând să nu fie adictiv, informaţia legată de consumul de alcool trebuie diferenţiată în funcţie de două nivele.

Întrebarea 1, "ORICE FEL DE CONSUM" se referă la orice consum de alcool timp de cel puţin trei zile pe săptămână, inclusiv consum de alcool peste măsură, aşa cum este descris la itemul 2, A şi B;

Întrebarea 2, „ALCOOL PESTE MASURA" se referă la consumul de alcool peste măsură astfel:

A. Cinci sau mai multe ingestii de alcool („drink-uri") pe zi timp de cel puţin trei zile pe săptămână (o ingestie, un „drink", reprezintă cantitatea de băutură alcoolică conţinută de paharul folosit pentru băutura respectivă, adică în jur de 50 ml pentru băuturi spirtoase, în jur de 150-200ml pentru vinuri, în jur de 330-450 ml pentru bere ş.a.m.d.), sau

B. Alcoolul este ingerat până la atingerea unui "nivel de intoxicaţie" timp de cel puţin două zile consecutive pe săptămână (până la punctul în care apar simptome psihice sau somatice şi/sau sunt compromise activităţile normale cum ar fi munca, şcoala, viaţa de familie, alte activităţi recreaţionale, sau activităţile cotidiene obişnuite, cum ar fi şofatul etc.).

6. SUBSTANTE DEPRESIVE. Această clasă include benzodiazepine, barbiturice şi alte medicamente sedative (vezi Anexa 5). Consumul acestora (aşa cum este definit mai sus) trebuie înregistrat aici indiferent dacă substanţa a fost prescrisă sau nu. Totuşi prescripţia trebuie înregistrată în secţiunea „Comentarii".

7. COCAINA SI DIFERITELE EI FORME. Cocaina este utilizată în multe forme, iar acestea au adesea diferite nume. Cocaina, „crack" sau „rock" (sau alte nume specifice în fiecare ţară) este pur şi simplu forma „pură" sau „de bază" (fumabilă) de cocaină. Toate aceste forme ale cocainei trebuie înregistrate sub denumirea de cocaină iar la calea de administrare trebuie codificat „fumat". Toate celelate forme de cocaină (e.g., cocaina cristale-consum nazal; cocaina pură-fumat; cocaina cristale-injectabil) trebuie toate luate în considerare la categoria cocaină. Dacă este utilizată mai mult de o metodă de administrare, se va codifica cea mai severă (căile de administrare sunt numerotate în funcţie de severitate).

8. SUSTANTE STIMULANTE. Această clasă inculde amfetaminele, „medicamente împotriva apetitului alimentar" şi alte substanţe asemănătoare (vezi anexa 5).

12. ALTELE. La această categorie nu se include tutunul.

13. MAI MULT DE O SUBSTANTA

La itemul „vârsta de debut" întrebaţi clientul la ce vârstă a început să consume mai mult de o substanţă dintre cele menţionate de ASI, exclus alcoolul în cantităţi mici (cele care nu se încadrează în categoriile de consum de la puctul 1 & 2).

La itemul „în viaţa de până acum" întrebaţi clientul de cât timp consumă mai mult de o substanţă, exclus alcoolul în cantităţi mici.

La itemul „în ultimele 30 de zile" întrebaţi clientul de câte zile consumă mai mult de o substanţă, exclus alcoolul în cantităţi mici.

14. INJECTARI. Scopul acestei secţiuni este să descrie comportamentul de injectare ca atare, deoarece acestea implică atât consumul sever de droguri, cât şi riscul cel mai înalt pentru probleme asociate consumului de substanţe. Pragul pentru înregistrarea acestei informaţii comportamentale a fost decis ca fiind cel mai de jos, adică o singură injecţie.

Astfel vârsta primei injectări va fi dată de vărsta la care subiectul s-a injectat pentru prima dată, indiferent de evoluţia ulterioară a comportamentului de injectare. Din punctul de vedere al injectării în viaţa de până acum, chiar şi o singură injecţie pe parcursul unui anumit an, va face ca anul acela să fie luat în considerare pentru numărul de ani în care s-a injectat. La fel, o singură injecţie într-o lună face ca acea lună să fie inclusă în numărul de luni din ultimele şase în care s-a injectat, iar o singură injecţie într-o zi face ca acea zi să fie inclusă în numărul de zile din ultimeme treizeci.

14B. Injectări în ultimele şase luni. Injectarea în comun este definită ca injectarea cu un ac şi cu o seringă care au mai fost utilizate de altcineva şi nu (ceea ce adesea se include aici) aruncarea propriilor ace sau seringi folosite.

15. SUPRADOZE SI CRIZE DE DELIRUM TREMENS. Dacă aveţi îndoieli în legătură cu raportarea unei supradoze întrebaţi clientul ce s-a făcut pentru a-l ajuta să-şi revină. Simplul fapt de a fi fost „lăsat să doarmă" nu constituie o supradoză. Dacă subiectul descrie orice situaţie în care a fost nevoie de o intervenţie pentru a-şi reveni, se înregistrează ca o supradoză.

Natura supradozei va fi diferită în funcţie de tipul de drog consumat. În timp ce opiaceele şi barbituricele produc efecte asemănătoare comei, supradozele de amfetamine au frecvent ca efect psihoze toxice.

Includeţi aici tentativile de suicid dacă au avut loc prin supradoză. (Amintiţi asta şi în secţiunea „Situaţia psihiatrică" şi asiguraţi-vă că includeţi spitalizarea la secţiunea „Situaţia medicală").

DEFINIREA CRIZEI DE DELIRIUM TREMENS. Crizele de delirium tremens apar la 24–48 ore după ce persoana a băut ultima oară. Constau în tremor şi stare delirantă (dezorientare

severă) şi sunt adesea acompaniate de febră. Includ adesea halucinaţii, dar nu întotdeauna. Crizele genuine de delirium tremens sunt în general atât de severe, încât necesită o formă oarecare de îngrijire sau intervenţie medicală.

PROBLEME ADESEA CONFUNDATE CU CRIZELE DE DELIRIUM TREMENS. Crizele de delirium tremens nu trebuie confundate cu tremurăturile care apar după aproximativ 6 ore de la întreruperea consumului de alcool şi care nu includ starea delirantă.

16. TRATAMENTUL: În această secţiune a ASI tratamentul se referă la tulburarea de adicţie şi nu la cea mentală (vezi secţiunea „Situaţia psihiatrică") sau boala fizică (vezi secţiunea "Situaţia medicală"). Dacă subiectul a fost tratat atât pentru tulburări legate de abuzul de substanţe cât şi pentru o boală fizică sau mentală codificaţi adecvat tratamentul în secţiunile respective.

Specificaţi numărul tratamentelor în mod separat pentru alcool şi droguri. Dacă subiectul a fost tratat simultan atât pentru probleme de alcool cât şi pentru probleme de droguri, înregistraţi tratamentul în ambele categorii. Dacă subiectul a fost tratat de acelaşi centru cu două tratamente succesive (de exemplu: detoxificare şi psihoterapie pe termen lung), codificaţi toate tratamentele separat.

Puneţi întrebări separate pentru alcool şi droguri. În cazul problemelor legate de ambele încercaţi să obţineţi numărul de tratamente din fiecare categorie.

16.1. DETOXIFIERE IN AMBULATOR . Detoxifierea trebuie să se petreacă sub supraveghere medicală având ca obiectiv starea de absenţă a drogurilor utilizate abuziv şi are loc pe o perioadă de maximum 6 săptămâni. Detoxifierea poate fi realizată fie fără medicaţie, fie prin administrarea de tratament simptomatic (clonidină, benzodiazepine, antiinfalamatorii nonsteroide), fie prin administrarea pe termen scurt (în general mai puţin de 6 săptămâni) de medicaţie agonistă (metadonă sau buprenorfină pentru opiacee, 4-hidroxi-butirat pentru alcool) cu reducerea gradată a dozelor.

16.2. DETOXIFIEREA IN SPITAL. Restricţionarea este furnizată prin internarea într-o instituţie specializată pentru tratamentul abuzului de substanţe.

16.3. SUBSTITUTIE IN AMBULATOR. Substituţia implică tratamentul pe termen lung cu agonişti (LAAM, metadonă sau buprenorfină pentru opiacee, 4-hidroxi-butirat pentru alcool) pe o perioadă de cel puţin 6 săptămâni. Orice tip de intervenţie psiho-socială (cu excepţia programelor structurate specifice centrelor de zi) poate fi inclusă aici, chiar dacă nu este o condiţie esenţială.

16.4. AMBULATORIU „DRUG-FREE". Conceptul stării de abstinenţă („drug – free") se referă numai la substanţele de care clientul abuzează (alcool, droguri ilegale sau medicamente prescrise) şi la medicaţia de substituţie (agonişti). Clientul poate consuma antagonişti (naltrexona pentru opiacee) sau medicaţie aversivă (disulfiram pentru alcool) sau medicaţie psihotropă prescrisă pentru tulburări mentale aflate în comorbiditate cu abuzul (vezi secţiunea „Situaţia psihiatrică"). În cazul acestui grup de tratamente, psihoterapia este principalul tip de intervenţie. De asemenea, este inclus aici şi tratamentul psihiatric ambulator.

16.5. CENTRU „DRUG – FREE". Restricţionarea este furnizată prin cazare adecvată. În cadrul acestui grup de tratamente, principalul tip de intervenţie este comunitatea terapeutică, atât pentru tulburări mentale, cât şi pentru tulburări legate de abuzul de substanţe.

16.6. CENTRU DE ZI. Este un program structurat, pe care clientul îl frecventează câteva ore pe zi, timp de câteva zile pe săptămână. Poate fi inclus aici şi orice tip de intervenţie farmacologică integrată.

16.7. SPITAL DE PSIHIATRIE. Trebuie evidenţiat aici tratamentul pentru tulburarea legată de abuzul de substanţă, inclusiv detoxifierea (tratamentul pentru tulburarea mentală de comorbiditate trebuie înregistrat în secţiunea „Situaţia psihiatrică"). Se includ clinicile particulare şi spitalele de stat. Spitalizarea pe motive psihiatrice poate fi implicată în tratamentul dependenţilor în cazul tulburărilor mentale de comorbiditate, pentru consecinţele comportamentale ale intoxicaţiilor şi/sau uneori pentru detoxificare.

16.8. ALT SPITAL SAU SECTIE. Trebuie evidenţiat tratamentul pentru tulburarea prin abuz de substanţă, inclusiv detoxificare (tratamentul pentru boala fizică trebuie înregistrat în secţiunea „Situaţia medicală"). Spitalele sunt implicate în tratamentul dependenţilor în cazul comorbidităţii cu boală fizică/mentală şi/sau uneori pentru detoxificare.

16.9. ALTE SITUATII NESPECIFICATE. Este inclus aici orice tip de tratament pentru abuzul de alcool sau droguri, cum ar fi: grupuri de întrajutorare ca „Alcoolicii anonimi" AA sau „Narcomanii anonimi" NA (dacă au existat cel puţin 3 şedinţe pe perioada unei luni). Dacă este bifată această categorie se descrie pe scurt tratamentul în secţiunea „Comentarii".

17. PERIOADA DE ABSTINENTA. Aceste întrebări sunt legate de cea mai lungă perioadă în care clientul s-a abţinut de la consumul substanţei/substanţelor la care se referă tratamentul respectiv, ca rezultat al acelui tratament. Subliniaţi faptul că vă referiţi la cea mai lungă încercare de menţinere a abstinenţei (de cel puţin o lună) şi nu neapărat la ultima. Perioadele de internare sau de detenţie nu se iau în considerare. Perioadele de abstinenţă faţă de drogurile ilegale sau faţă de alcool pe parcursul cărora clientul a luat Metadonă, Antalcool sau Naltrexonă în ambulatoriu se includ.

Introduceţi „00" dacă subiectul nu a fost abstinent ca rezultat al vreuneia din cele 9 situaţii de tratament pe o perioadă de cel puţin o lună.

Introduceţi „N" dacă subiectul nu a fost în tratament.

NOTA: Întrebarea legată de cea mai lungă perioadă de abstinenţă ca rezultat al tratamentului trebuie pusă separat pentru alcool, respectiv pentru droguri.

18. PROBLEMA CEA MAI SEVERA. Intervievatorul trebuie să determine cea mai severă dependenţă luând în considerare: anii de consum, numărul de tratamente şi numărul de crize de delirium tremens sau de supradoze. Dacă informaţia obţinută nu furnizează un indiciu clar în acest sens, întrebaţi clientul care crede el că este cea mai severă dependenţă. Înregistraţi „16" dacă subiectul are probleme severe cu mai mult de un drog sau „15" dacă subiectul abuzează de alcool şi de cel puţin un drog.

NOTA: Unii clienţi pot să declare că principala lor problemă este dependenţa de metadonă, cum ar fi cei care solicită detoxifiere şi tratament pentru menţinerea abstinenţei. Acest lucru poate fi considerat o problemă severă la itemul 18, iar problemele legate de metadona consumată legal pot fi înregistrate la itemul 23. (N.t.: Itemii 18 şi 23 sunt corelaţi; astfel, dacă subiectul declară consum de metadonă prescrisă şi consideră că aceasta este problema cea mai severă, atunci se codifică în acelaşi sens la ambii itemi.)

NOTA: La interviurile „follow-up" înregistraţi problema considerată de client ca fiind dependenţa cea mai severă. Dacă la „follow-up" clientul continuă să declare că nu are o problemă legată de droguri sau de alcool, dar declară că a avut astfel de probleme la itemului 23, atunci clarificaţi itemul 18, întrebându-l dacă apreciază că acea substanţă este problema majoră curentă.

19. ABSTINENTA. Întrebaţi clientul cât timp a reuşit să se abţină de la consumul drogului menţionat la itemul 18. Subliniaţi că vă referiţi la ultima încercare (de cel puţin o lună) şi nu neapărat la cea mai lungă. Perioadele de internare sau detenţie nu se iau în considerare. Dacă la

itemul 18 aţi codificat „00 – nici o problemă", aici codificaţi „N". Dacă la itemul 18 aţi codificat „15 – alcool şi drog", atunci abstinenţa se referă atât la alcool, cât şi la principalele droguri. Dacă la itemul 18 aţi codificat „16 – mai multe droguri", atunci abstinenţa se referă la toate drogurile consumate. Introduceţi „96" dacă numărul de luni este de 96 (8 ani) sau mai mult. Introduceți „00" dacă subiectul nu a fost abstinent pentru cel puțin o lună.

20. ÎNTRERUPEREA ABSTINENTEI. Introduceți „00" dacă subiectul este încă abstinent. Introduceţi „N" dacă subiectul nu a fost niciodată abstinent de când a început să consume.

21. CHELTUIELI AFERENTE CONSUMULUI. Această întrebare dă o măsură a cheltuielilor financiare şi nu a valorii drogurilor consumate. De aceea, înregistraţi numai banii cheltuiţi şi nu valoarea a ceea ce a fost dat în schimbul drogului sau alcoolului. (De exemplu, traficantul care consumă dar nu cumpără sau barmanul care bea, dar nu cumpără nu a avut cheltuieli aferente consumului.)

Se înregistrează suma cheltuită de client în moneda ţării respective. De exemplu, atunci când unitatea de măsură este 10.000 lei, iar clientul declară că a cheltuit 3.000.000 lei, acest lucru se va codifica „00300". Dacă subiectul raportează că a cheltuit 999.990.000 lei sau mai mult, această situație se va codifica întotdeauna „99999".

Regulile de rotunjire depind de unitatea de măsură. În general, atunci când suma de bani cheltuită este mai mică decât jumătate din suma reprezentată de unitatea de măsură (mai puțin decât 5.000 lei), aceasta trebuie rotunjită prin lipsă, iar atunci când suma este de jumătate sau mai mult din suma reprezentată de unitatea de măsură (5.000 lei sau mai mult), ea trebuie rotunjită prin adaos.

Înregistraţi „X" numai dacă subiectul nu poate să facă o apreciere rezonabilă.

22. TRATAMENTELE IN AMBULATOR. Acest tip de tratament se referă la orice demers psihoterapeutic în ambulator pentru tulburarea legată de abuzul de substanţă. Nu se include aici consilierea psihologică sau altă psihoterapie pentru probleme de alt gen. Se includ aici menținerea pe metadonă, şedinţele AA, şedinţele NA sau tratamentul cu antagonişti. Simplul fapt că subiectul s-a înscris oficial „într-un program" nu este luat în considerare. Socotiți numărul de zile din ultimele 30 în care clientul a luat contact personal cu programul de tratament.

23. ZILE – PROBLEMA. Asigurați-vă că subliniați faptul că vă interesează numărul de zile în care clientul a avut probleme legate în mod direct de consumul de alcool sau droguri. Includeţi aici numai „craving" – ul pentru alcool/droguri, simptomele de sevraj, efectele negative ale intoxicației cu alcool/droguri sau situațiile în care a încercat să se oprească şi i-a fost imposibil. Nu se includ situațiile în care clientul nu a putut să găsească droguri sau alcool.

24 & 25. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI. Subliniaţi că aveţi ca reper ultimele 30 de zile. Dacă nu au fost menționate la itemul 23 probleme legate de consumul de alcool sau droguri, puneți o întrebare de confirmare, iar apoi codificaţi „0" – „deloc" la itemul 24.

La itemul 25 se punctează nevoia specifică de tratament pentru abuzul de substanţă şi nu de tratament în general. Subliniați faptul că vă referiți la problemele curente legate de abuzul de substanţă şi nu la nevoia de tratament pentru o situaţie anterioară când aceste probleme au fost de intensitate maximă. De asemenea, subliniaţi faptul că vă referiți la tratament adițional pentru acele probleme specificate la itemul 23. Dacă au fost menţionate probleme legate de alcool şi droguri asistate adecvat terapeutic puneți o întrebatre de confirmare şi codificați cu un scor scăzut („deloc").

STATUTUL JURIDIC

ADMITERE SUB PRESIUNE IN CADRUL PROGRAMULUI: Introduceţi „1” dacă admiterea clientului în programul curent este responsabilitatea oricărui membru al sistemului juridic sau dacă subiectul are de suferit consecinţe legale nedorite dacă refuză sau nu finalizează tratamentul.

2.ELIBERARE CONDITIONATA: Ar putea fi folositor să notaţi separat durata şi tipul eliberării condiţionate.

3 – 6. PUNERI SUB ACUZARE: Acest item furnizează o înregistrare a numărului şi tipurilor de punere oficială sub acuzare (nu neapărat condamnări) acumulate de client pe parcursul vieţii sale. Fiţi siguri că includeţi numărul total de puneri sub acuzare şi nu numai arestările. Acestea includ numai punerile formale sub acuzare şi nu situaţiile în care clientul a fost doar ridicat şi anchetat.

Includeţi arestările care au avut loc în timpul stagiului militar, dar nu le includeţi pe acelea care nu au echivalent în viaţa civilă (e.g.: dezertare, insubordonare), dar înregistraţi-le în secţiunea de „Comentarii”.

Nu includeţi faptele de delincvenţă juvenilă (săvârşite sub 18 ani), decât atunci când a fost judecat ca fiind adult, aşa cum este în cazul unor fapte deosebit de grave.

NOTA: Includerea numai a acestor fapte săvârşite de minori, judecaţi însă ca adulţi, este o convenţie adoptată în slujba scopurilor noastre, fiind considerată cea mai adecvată pentru populaţia pentru care s-a elaborat ASI. Utilizarea ASI pentru alte populaţii ar putea să necesite luarea în considerare a tuturor faptelor de delincvenţă juvenilă.

Exemple pentru „alte fapte”: fapte de vandalism şi posesie de arme.

7. CONDAMNARI: Nu includeti aici abaterile sau contraventiile ce vor fi tratate ulterior la itemii 8, 9, 10 şi 11. Condamnările includ: amenzile, eliberările condiţionate, pedepsele cu suspendare, ca şi pedepsele cu detenţie. Acuzaţiile de încălcare a eliberării condiţionate sunt automat considerate condamnări.

8. CONDUITĂ TURBULENTĂ, VAGABONDAJ, BEŢII CU TULBURAREA ORDINII PUBLICE: Punerile sub acuzare din această categorie pot include acele fapte care au în general legătură cu tulburarea ordinii publice fără antrenarea unei alte fapte specifice.

9. PROSTITUŢIE ŞI PROXENETISM

10. CONDUCERE SUB INFLUENŢA ALCOOLULUI SAU DROGURILOR

11. CONTRAVENŢII ŞI INFRACŢIUNI RUTIERE: Acestea sunt legate de încălcări ale legislaţiei privind traficul rutier (viteză excesivă, imprudenţă la volan, părăsirea locului accidentului). Nu se includ aici contravenţiile legate de starea tehnică a autovehiculului, infracţiunile şi contravenţiile legate de actele autovehiculului, amenzi de parcare neregulamentară.

12. DETENTII: Introduceţi numărul total de luni petrecute în arest (indiferent dacă punerea sub acuzare a avut sau nu ca rezultat o condamnare), penitenciar, spital – penitenciar, centru de detenţie pentru minori, chiar dacă subiectul a fost deţinut ca adult, în timp ce era încă minor. Dacă perioada respectivă este de 96 luni (8 ani) sau mai mult, introduceţi „96”. Consideraţi orice perioadă de minim 2 săptămâni sau mai mult de detenţie ca fiind de o lună.

13. PERIOADA ULTIMEI DETENTII: Introduceţi „N” dacă subiectul nu a fost niciodată deţinut.

14. ULTIMA PUNERE SUB ACUZARE: Codificati prin numărul itemului respectiv din prima parte a secţiunii (3 – 6 şi 8 – 11) pentru a indica punerea sub acuzare pentru care clientul a fost

deţinut. Dacă subiectul a fost deţinut pentru mai multe acuzaţii, o veţi introduce pe cea mai gravă sau pe cea pentru care a primit cea mai severă pedeapsă. Introduceţi „N" dacă subiectul nu a fost niciodată deţinut.

15. PUNERI SUB ACUZARE ASTEPTATE, PROCESE ASTEPTATE SAU IN CURS DE DESFASURARE, PEDEPSE ASTEPTATE: Asiguraţi-vă că subiectul nu include aici procesele civile, decât dacă este implicat un delict de prejudiciere a proprietăţii sau a persoanei.

16. PUNEREA SUB ACUZARE ASTEPTATA: Conţinutul este la fel ca al itemului 14. Introduceţi „N" dacă subiectul nu aşteaptă o punere sub acuzare sau pedeapsă şi nu există un proces în desfăşurare sau în curs de a începe. Asiguraţi-vă că subiectul nu include aici procesele civile, decât dacă este implicat un delict de prejudiciere a proprietăţii sau a persoanei.

17. DETENTII IN ULTIMELE 30 DE ZILE: Includeţi aici şi arestul (e.g.: a fost arestat, dar eliberat în aceeaşi zi).

18. ACTIVITATI ILEGALE RECENTE: Introduceţi numărul de zile în care clientul a fost angajat în activităţi ilegale aducătoare de profit. Nu introduceţi aici posesia sau consumul de droguri. Totuşi introduceţi traficul de droguri, prostituţia şi proxenetismul, furtul, vânzarea de bunuri furate etc.

19 & 20. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI: Nu includeţi nici o problemă civilă (e.g.: divorţ, procese de custodie).

Pentru itemul 20, asiguraţi-vă că subiectul punctează nevoia de consiliere juridică pentru apărare în cauze penale. Subliniaţi, tot aici, că vă referiţi la consiliere adiţională pentru problemele sale. Dacă au fost menţionate probleme juridice penale asistate adecvat puneţi o întrebare de confirmare şi codificaţi cu un scor scăzut („deloc").

ISTORICUL FAMILIEI

Această secţiune este destinată rezumării problemelor psihiatrice şi a celor legate de abuzul de alcool şi droguri, printre rudele clientului, în fiecare dintre categoriile specificate. De obicei, informaţia furnizată de client nu poate fi validată şi, de aceea, trebuie codificată cu grijă, folosind următoarele repere.

NOTA: Grila privind istoricul familiei se referă numai la „rudele de sânge", inclusiv „fraţii vitregi" (adică, fraţii cu care clientul are numai un părinte în comun). Taţii vitregi, mamele vitrege, surorile vitrege sau fraţii vitregi, ca şi mătuşile sau unchii ce nu sunt soră sau frate cu părinţii clientului, trebuie notaţi în secţiunea „Comentarii", cu condiţia ca aceştia să fi locuit împreună cu clientul, pe parcursul creşterii sale.

|| Taţii vitregi, mamele vitrege, surorile vitrege sau fraţii vitregi, ca şi mătuşile sau unchii ce nu sunt soră sau frate cu părinţii clientului pot fi notaţi şi într-o categorie aparte, denumită „alte persoane importante", cu condiţia ca aceştia să fi locuit împreună cu clientul, pe parcursul creşterii sale.

DETERMINAREA SITUATIEI PROBLEMATICE: Aici nu este necesară existenţa unui diagnostic medical sau a unui tratament formal pentru ca o situaţie să fie considerată problematică. Din nou, clientul este cea mai bună sursă de informaţii şi trebuie să i se spună că o situaţie este luată în considerare dacă „fie a dus, fie ar fi trebuit să ducă la tratament".

Este deosebit de important ca intervievatorul să folosească în mod adecvat răspunsurile „N" şi „X" la aceste întrebări. În general, un răspuns „Da", trebuie înregistrat la orice categorie acolo unde cel puţin un membru al categoriei respective îndeplineşte criteriul. De exemplu, clientul are

două mătuşi dinspre mamă şi consideră că una dintre ele a avut o problemă severă legată de alcool, iar cealaltă a avut o problemă psihiatrică semnificativă. În acest caz, se codifică cu „Da" în cadrul categoriei de mătuşi dinspre mamă, atât la probleme psihiatrice, cât şi la cele legate de alcool.

Un răspuns „Nu" trebuie pus NUMAI ATUNCI CAND nici una dintre rudele din categoria respectivă nu îndeplineşte criteriul.

Un „N" trebuie înregistrat la toate categoriile în care nu există nici o rudă.

Un „X" trebuie pus în orice situaţie în care clientul pur şi simplu nu-şi aminteşte sau nu este sigur, indiferent de motiv. În general, este mult mai bine să folosiţi răspunsul „X" decât să înregistraţi o posibilă informaţie falsă.

În cazurile în care există mai mult de doi fraţi sau surori, trebuie luate în considerare cazurile cele mai severe.

SITUATIA SOCIO – FAMILIALA

NOTA GENERALA: În mod particular, în această secţiune este dificil să-ţi dai seama dacă o problemă relaţională are cauze intrinseci sau este legată de efectele alcoolului sau drogurilor. În general, clientul trebuie întrebat dacă simte că „dacă n-ar fi existat problema cu alcoolul/drogurile", ar mai fi fost o astfel de problemă relaţională. Acest lucru este adesea discutabil, dar intenţia itemilor din această secţiune este evaluarea problemelor relaţionale inerente şi nu gradul în care consumul de alcool/droguri au afectat comportamentul relaţional.

1. STATUTUL MARITAL. Introduceţi codul statutului marital legal prezent.

2. DURATA. Introduceţi numărul de ani şi de luni de când clientul are statutul marital curent. Pentru clienţii care nu au fost niciodată căsătoriţi introduceţi numărul de ani, începând cu vârsta de 18 ani.

3. GRADUL DE SATISFACTIE. Răspunsul „Da" trebuie să indice faptul că subiectului îi place, în general, situaţia sa şi nu că este, mai degrabă, resemnat în faţa ei.

4. SITUATIA LOCATIVA UZUALA. Cereţi clientului să relateze despre perioada de timp din ultimii 3 ani petrecută în închisoare, spitale sau alte instituţii. Dacă această durată este cea mai semnificativă, codificaţi cu „8". Dacă subiectul a locuit în câteva moduri diferite în ultimii 3 ani, alegeţi-l pe cel mai reprezentativ. Dacă perioadele de timp sunt egale, alegeţi situaţia cea mai recentă.

5. DURATA. Introduceţi numărul de ani şi de luni de când clientul locuieşte la modul descris în itemul 4. În cazul clienţilor care locuiesc, de obicei, cu părinţii, introduceţi numărul de ani începând cu vârsta de 18 ani.

6. GRADUL DE SATISFACTIE. Răspunsul „Da" trebuie să indice faptul că subiectului îi place, în general, situaţia sa şi nu că este, mai degrabă, resemnat în faţa ei.

6 A & B. CONSUMUL DE SUBSTANTA PRINTRE CEI CU CARE LOCUIESTE: Itemii 6A şi 6B indică în ce măsură clientul se va reîntoarce la o situaţie „curată" în privinţa alcoolului şi drogurilor. Aceşti itemi reprezintă şi o măsură a integrităţii şi suportului oferit de mediul de acasă şi nu se referă la vecinătatea locuinţei clientului. Mediul de acasă luat în considerare este cel în care clientul fie locuieşte în mod curent (în cadrul majorităţii „setting" – urilor tratamentelor ambulatorii), fie este vorba despre mediul în care pacientul se va întoarce după tratament.

Situaţia nu trebuie să corespundă cu situaţia de mediu discutată la itemii 4 şi 6.

La întrebarea legată de alcool (6A) codificaţi cu „Da" numai în cazul în care există în mediul de acasă al clientului o persoană cu o problemă curentă legată de alcool (adică un alcoolic care bea, şi nu un alcoolic abstinent), indiferent dacă subiectul nostru are sau nu o problemă legată de alcool.

Pentru itemul legat de consumul de droguri (6B), codificaţi cu „Da" în cazul în care există, în mediul de acasă al clientului, orice formă de consum de substanţe psihoactive (în afară de nicotină şi cafea), indiferent dacă persoana respectivă are sau nu o problemă legată de consumul de astfel de substanţe, indiferent dacă subiectul nostru are sau nu o problemă legată de droguri şi indiferent dacă acea persoană de acasă consumă acele substanţe cu sau fără reţetă.

NOTA: Pentru o trecere în revistă a sustanţelor la care se referă acestă întrebare consultaţi secţiunea „Consumul de alcool/droguri" şi Anexa 5 „Lista celor mai utilizate substanţe".

7. PETRECEREA TIMPULUI LIBER: Acest răspuns este, de obicei, uşor de interpretat. Familia de proveniență, ca şi cea realizată prin alianţă, se vor include sub categoria „Familie" la toţi itemii care se referă la familie. Orice alte persoane decât membrii familiei, pot fi consideraţi ca „Prieteni", iar problemele legate de aceştia sunt considerate „sociale".

PROBLEME CURENTE LEGATE DE ALCOOL SAU DROGURI. Dacă subiectul îşi petrece majoritatea timpului său liber cu membrii din familie sau cu prieteni care au o problemă curentă legată de alcool sau care consumă substanţe psihoactive sub orice formă (în afară de nicotină şi cafea), atunci acest lucru trebuie să se reflecte în răspunsurile la categoriile 2 şi, respectiv 4, din acest item.

NOTA GENERALA: Unii clienţi pot să considere o prietenă/prieten cu care au o relaţie de lungă durată ca fiind „membru al familiei". Acest lucru este total acceptabil.

IMPORTANT: Dacă aţi codificat această persoană „membru al familiei" la acest item, consideraţi-l la fel şi la întrebările 19A, 20 şi 22 şi ca partener sexual la întrebarea 13.

8. GRADUL DE SATISFACTIE: Răspunsul „Da" trebuie să indice faptul că subiectului îi place, în general, situaţia sa şi nu că este, mai degrabă, resemnat în faţa ei.

9. PRIETENI APROPIATI: Subliniaţi faptul că vă referiţi la prietenii apropiaţi. Nu includeţi aici membri ai familiei sau un prieten/o prietenă care a fost considerat membru al familiei/partener.

9A – 18. INSTRUCTIUNI GENERALE PENTRU INTREBARILE CU PRIVIRE LA RELATII: Este deosebit de important aici, ca intervievatorul să utilizeze în mod adecvat răspunsurile „N" şi „X".

În general, un răspuns „Da" trebuie înregistrat pentru orice categorie în care cel puţin un membru îndeplineşte criteriul. De exemplu, dacă subiectul are doi fraţi şi a avut probleme serioase cu unul dintre ei, având însă o relaţie caldă şi apropiată cu celălalt, atunci „Da" trebuie să apară atât la itemul 9A (fraţi/surori), cât şi la itemul 12. Din contră, un răspuns „Nu" trebuie să apară NUMAI ATUNCI CAND nici una dintre persoanele categoriei respective nu îndeplineşte criteriile.

Răspunsul „N" trebuie să apară acolo unde nu există persoane pentru categoria respectivă. Totuşi, este posibil ca un client să fi avut probleme serioase cu tatăl său în trecut, dar în urma morţii acestuia, nu a mai avut probleme în ultima lună. Codificarea corectă în acest caz ar fi „Da" pe parcursul întregii vieţi şi „N" pentru ultimele 30 de zile.

Răspunsul „X" trebuie utilizat în orice situaţie în care clientul pur şi simplu nu-şi poate aminti sau nu este sigur indiferent de motiv. În general, este mult mai bine să utilizaţi „X" decât să înregistraţi o posibilă informaţie falsă.

9A. RELATII INTERPERSONALE DE DURATA: Itemul 9A evaluează gradul în care clientul a fost capabil în istoria lui să stabilească şi să menţină relaţii apropiate, calde şi reciproc suportive cu oricare dintre persoanele enumerate.

IMPORTANT: Un simplu „Da" la această întrebare nu este suficient; este nevoie de unele dovezi pentru a putea determina în mod specific dacă există în relaţia respectivă abilitatea de a simţi apropierea şi responsabilitatea mutuală. Valorizează clientul nostru persoana respectivă (dincolo de simplul beneficiu pentru el însuşi)? Doreşte clientul nostru în mod autentic să depună un efort pentru a păstra/menţine aceste relaţii ?

10 – 18. PROBLEME RELATIONALE: Aceşti itemi se referă la probleme serioase ce au o durată şi o intensitate suficient de mari pentru a pune în pericol relaţia. Aceste probleme includ: comunicare deosebit de defectuoasă, lipsă completă de încredere sau înţelegere, animozităţi sau certuri vechi şi repetate. Dacă subiectul nu a fost în contact cu persoana respectivă în ultimele 30 de zile, acest lucru trebuie înregistrat cu „N". Răspunsul „N" trebuie introdus, de asemenea, şi la categoriile care nu sunt aplicabile, cum ar fi un client fără fraţi sau surori.

NOTA: Itemul 13 poate include orice relaţie sexuală importantă, regulată.

IMPORTANT: La itemii 10 – 18C, cele două tipuri de intervale de timp „în ultimele 30 de zile"şi „în întreaga viaţă de până acum" se vor lua în considerare separat. Perioada ultimelor 30 de zile va furniza informaţii legate de problemele recente, în timp ce perioada întregii vieţi va indica probleme anterioare sau o istorie a problematicii anterioară ultimelor 30 de zile.

18A – 18C. ABUZUL: Aceşti itemi au fost adăugaţi pentru a evalua posibile aspecte importante ale vieţii timpurii de acasă (răspunsuri pe perioada întregii vieţi) şi pentru a evalua pericole în cazul condiţiilor de mediu recente şi posibile în viitor (răspunsuri pe perioada ultimelor 30 de zile). În general, instrucţiunile pentru aceste întrebări sunt similare celorlalte din această secţiune. (Vezi notele specifice de mai sus şi de mai jos). Este foarte important să puneţi aceste întrebări într-o manieră suportivă, subliniind confidenţialitatea informaţiilor şi vorbindu-i clientului despre ocaziile pe care le va avea să discute despre asta în şedinţe ulterioare cu un specialist.

ABUZUL EMOTIONAL: Abuzul emoţional va fi, în general, codificat în întregime pe baza a ceea ce declară clientul şi este de la sine înţeles că este dificil de stabilit dacă situaţia de abuz respectivă (sau lipsa considerării de către client a unui abuz) ar reprezenta acelaşi lucru pentru o altă persoană. De aceea, nu trebuie să aibă loc nici o încercare de stabilire exactă a realităţii, deoarece intenţia aici este a înregistra părerea clientului.

ABUZUL FIZIC: În cazul abuzului fizic trebuie să se urmeze aceleaşi linii directoare ca în cazul celui emoţional. Există însă o precauţie: bătăile sau alte pedepse nu trebuie considerate abuz, decât dacă au fost (în ochii clientului) extreme şi nenecesare.

ABUZUL SEXUAL: Prin acest tip de abuz nu se înţelege numai actul sexual, ci trebuie luate în considerare declaraţiile clientului privind orice tip de avans nedorit de natură sexuală din partea cuiva, indiferent de sex.

19. ZILE CU CONFLICTE / CERTURI: Conflictele necesită contact personal (sau cel puţin telefonic). Subliniaţi faptul că vă referiţi la conflicte serioase (e.g.: certuri grave, injurii), nu simple diferende de opinie uzuale. Aceste conflicte trebuie să fie de asemenea gravitate încât să pună în pericol relaţia clientului cu persoana implicată.

20 – 23. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI: Se referă la lipsa satisfacţiei, la conflicte sau la alte probleme relaţionale menţionate la această secţiune.

Includeţi aici nevoia clientului de tratament pentru astfel de probleme sociale, cum ar fi: singurătatea, incapacitatea de a socializa, lipsa de satisfacţie în relaţiile cu prietenii.

Nu includeţi aici probleme care nu ar fi existat dacă nu ar fi existat abuzul de substanţă.

La itemul 22, asiguraţi-vă că subiectul este conştient de faptul că nu punctează dacă familia sa va fi sau nu de acord să participe la tratament, ci cât de mult are nevoie de consiliere pentru problemele sale de familie, indiferent de forma consilierii.

SITUATIA PSIHIATRICA

1. TRATAMENTE: Include orice tratament pentru orice problemă psihiatrică. Nu include tratamente pentru abuz de substanţe şi consiliere ocupaţională sau consiliere de familie. Unitatea de măsură este tranşa de tratament (de obicei o serie mai mult sau mai puţin continuă de vizite sau zile de tratament), şi nu numărul de vizite sau zile de tratament.

Dacă subiectul este conştient de diagnosticul său, menţionaţi acest lucru în secţiunea „Comentarii".

2. PENSIONARI: Pensionările pentru tulburări neurologice (e.g.: epilepsie) trebuie considerate la itemul 9 din secţiunea „Situaţia medicală" şi nu aici.

3 – 10. SIMPTOME PSIHIATRICE: Aceşti itemi sunt consideraţi la perioada întregii vieţi de până acum şi se referă la simptome psihiatrice severe pe o perioadă de timp semnificativă (cel puţin două săptămâni). De aceea, itemii cu privire la stare depresivă, anxietate şi capacitate de concentrare (itemii 3, 4 şi 5) se referă la perioade semnificative şi nu doar la o zi. Celelalte simptome (itemii 6, 7, 9 şi 10) au suficientă importanţă încât chiar şi o scurtă manifestare le garantează includerea.

Cu excepţia itemilor 7, 9 şi 10, asiguraţi-vă că subiectul înţelege că aceste perioade se referă numai la situaţiile când acesta nu a fost sub influenţa directă a alcoolului sau drogurilor sau nu a fost în sevraj. Aceasta înseamnă ca dispoziţia sau comportamentul său să nu fi fost legate de o stare de intoxicaţie cu droguri sau alcool sau să nu se fi datorat efectelor sevrajului. Experienţa ne arată că subiectul va fi capabil aproape întotdeauna să diferenţieze o perioadă de probleme emoţionale de un efect indus de drog sau alcool. De aceea, în situaţii de dubiu, clientul trebuie întrebat direct cum îşi percepe simptomele sau problemele.

IMPORTANT: Severitatea itemilor 7, 9 şi 10 le garantează includerea chiar şi atunci când manifestările au fost cauzate sau asociate consumului. Gândurile suicidare recente sau tentativele suicidare recente trebuie aduse în atenţia şefului echipei terapeutice cât de curând posibil chiar dacă acest lucru violează regula confidenţialităţii.

IMPORTANT: Cele două tipuri de intervale de timp „în ultimele 30 de zile" şi „în întreaga viaţă de până acum" se vor lua în considerare separat. Perioada ultimelor 30 de zile va furniza informaţii legate de problemele recente, în timp ce perioada întregii vieţi va indica probleme anterioare sau o istorie a problematicii anterioară ultimelor 30 de zile.

3. DEPRESIE: Este sugerată de tristeţe, lipsa speranţei, pierderea semnificativă a interesului, apatie, dificultăţi în funcţionarea cotidiană, sentimente de vinovăţie, plâns incontrolabil.

4. ANXIETATE: Este sugerată de stare de tensiune, stare de încordare, incapacitatea de a se relaxa, stare nerezonabilă de îngrijorare.

5. PROBLEME COGNITIVE: Sunt sugerate de probleme severe de concentrare, probleme severe de reactualizare mnezică şi/sau de comprehensiune, referindu-se la perioadele când clientul era abstinent şi nu era sub influenţa sevrajului.

6. HALUCINATII: Percepţii fără obiect. Se referă la perioadele când clientul era abstinent şi nu era sub influenţa sevrajului.

7. DIMINUAREA AUTOCONTROLULUI: Se referă şi la pierderea controlului, accese de furie sau de violenţă. Nu se referă numai la perioadele când clientul era abstinent sau era sub influenţa sevrajului.

8. MEDICATIE: Se referă la medicaţia prescrisă de un medic pentru o problemă psihiatrică sau o problemă emoţională.

Înregistraţi „Da" dacă medicaţia a fost prescrisă, chiar dacă nu a fost luată de client.

9. IDEATIE SUICIDARA: Se referă la situaţiile în care clientul a plănuit să-şi ia viaţa. Nu se referă numai la perioadele când clientul era abstinent sau era sub influenţa sevrajului.

10. TENTATIVE DE SUICID: Se includ gesturile sau tentativele suicidare discrete. Nu se referă numai la perioadele când clientul era abstinent sau era sub influenţa sevrajului. De asemenea, includeţi aici dacă tentativa a fost prin supradoză.

IMPORTANT: Întrebaţi clientul dacă s-a gândit recent să se sinucidă. Dacă răspunsul este „Da" la această întrebare şi/sau clientul dă impresia distinctă de a fi deprimat în gradul în care suicidul poate deveni o posibilitate, anunţaţi cât de curând posibil un membru al echipei terapeutice.

10A. NUMARUL TENTATIVELOR SUICIDARE: Vezi itemul 10.

11. ZILE CU TULBURARI PSIHICE: Se referă la problemele menţionate la itemii 3 –10.

12 & 13. AUTOAPRECIEREA CLIENTULUI: Referindu-vă la itemul 11, rugaţi clientul să puncteze severitatea acelor probleme în ultimele 30 de zile.

IMPORTANT: Asiguraţi-vă că subiectul înţelege că nu vă referiţi neapărat într-o secţie de psihiatrie sau la o medicaţie psihotropă.

Dacă la itemul 11 subiectul nu a menţionat nici o tulburare psihiatrică sau emoţională, puneţi o întrebare de confirmare şi codificaţi „deloc" – „0" la itemul 12. La itemul 13 subliniaţi faptul că vă referiţi la consiliere suplimentară sau la tratament adiţional pentru problemele specificate la itemul 11. Dacă subiectul a menţionat probleme psihiatrice sau emoţionale care sunt în prezent asistate adecvat din punct de vedere terapeutic, puneţi o întrebare de confirmare şi daţi un scor scăzut („deloc").

14 – 19. SIMPTOMELE CLIENTULUI: Acestea sunt aprecieri ale intervievatorului bazate pe observarea clientului. Intervievatorul trebuie să se bazeze pe propriile sale evaluări asupra comportamentului şi răspunsurilor clientului pe parcursul interviului. Nu exageraţi în acest sens; luaţi în considerare numai prezenţa semnelor clinice din cadrul categoriilor descrise mai sus.

Instructajul pentru EuropASI

Puncte ce trebuie incluse atunci când este prezentat interviul:

- Toţi clienţii primesc acelaşi interviu
- Toate informaţiile strânse sunt confidenţiale şi vor fi utilizate numai de echipa terapeutică sau de echipa de cercetare
- Interviul este format din 7 părţi (e.g.: „Situaţia medicală", „Situaţia juridică", „Consumul de droguri / alcool" etc.)
- Sunt luate în considerare dou perioade de timp în exprimarea datelor: ultimele 30 de zile şi întreaga viaţă de până acum
- Intervenţiile pacientului sunt importante
- La fiecare secţiune în parte vă voi ruga să utilizaţi o scală prin care veţi aprecia gradul în care sunteţi afectat de fiecare dintre problemele din fiecare secţiune. De asemenea, vă voi întreba la fiecare secţiune cât de important este tratamentul pentru Dvs., relativ la zona secţiunii respective.

  Scala este următoarea:

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
deloc	slab	moderat	mult	foarte mult

- Dacă nu vă convine să daţi un răspuns, refuzaţi pur şi simplu să răspundeţi. Vă rog să nu-mi daţi informaţii false.

Intervievatorul trebuie să menţioneze fiecare dintre punctele de mai sus.

Cele mai importante referiri sunt cele prin care clientul să înţeleagă scopul interviului şi faptul că acesta este confidenţial.

NOTA IMPORTANTA: Informaţi clientul în legătură cu interviurile follow-up pe care i le vei aplica ulterior.

ITEMI CRITICI OBIECTIVI

SITUATIA MEDICALA

1	Internat vreodată
3	Probleme medicale cronice

STATUT PROFESIONAL SI SUPORT FINANCIAR

1, 2, 3	Ani de şcoală şi cea mai importantă diplomă obţinută
5	Cea mai lungă perioadă de angajare
8	Ocupaţia obişnuită

CONSUM DE DROGURI / ALCOOL

1 – 13	Istoricul consumului
15 A, 15 B	Delirium tremens (alcool) şi supradoze (droguri)
16	Tratamente făcute
19, 20	Abstinenţă voluntară

SITUATIA JURIDICA

3 – 6	Puneri sub acuzare
7	Condamnări
15, 16	Acuzări prezente
18	Angajări curente în activităţi ilegale

SITUATIA SOCIO-FAMILIALA

2, 3	Stabilitate / satisfacţie privind statutul marital
5, 6	Stabilitate / satisfacţie privind situaţia locativă
8	Satisfacţie legată de timpul liber
10 – 18 (pe coloane)	În viaţa de până acum
	Probleme severe avute vreodată
19 A, 19 B	Conflicte severe

SITUATIA PSIHIATRICA

1 A	Internat vreodată
3 – 10	Simptomatologie în viaţa de până acum / în ultimile 30 de zile

INSTRUCTIUNI DE UTILIZARE PENTRU „N" LA EUROPASI

Instrucţiuni generale. Dacă există mai multe variante de răspuns la o întrebare, codificaţi cu „N" doar în prima căsuţă. Nu folosiţi „N" pentru scala de autoapreciere a clientului şi nici pentru scala de severitate. Singura excepţie de la această regulă este la secţiunea „Statut profesional şi suport financiar" ; urmăriţi instrucţiunile de mai jos cu privire la întrebările 21 – 23 ale acestei secţiuni.

Dacă un client declară că nu a avut nici o problemă în ultimile 30 de zile, relativ la o anumită arie de probleme (acest lucru însemnând scor „00" la zile-problemă), urmtoarele două întrebări (gradul de afectare prin aceste probleme şi importanţa tratamentului pentru aceste probleme) trebuie, de asemenea, codificate cu „0". Totuşi, dacă subiectul se răzgândeşte şi spune la acest punct că este afectat de aceste probleme sau/şi că are nevoie de tratament, întrebarea legată de numărul de zile-problemă ar trebui pusă din nou.

La întrebarea referitoare la „starea specială a clientului" din secţiunea „Client" codificaţi „N" dacă interviul a fost completat în întregime.

Dacă la întrebarea referitoare la faptul că un client „s-a aflat într-o instituţie specială" din secţiunea „Client" s-a codificat „1", atunci la următoarea întrebare se codifică „9".

Situaţia medicală

Întrebările 1 şi 2: Dacă la întrebarea 1 s-a codificat „00", atunci se codifică „N" la întrebarea 2.

Întrebările 5 – 7: Dacă la întrebarea 5 s-a codificat „0", atunci se codifică „N" pentru întrebările 6 şi 7.

Statutul profesional şi suport financiar

Întrebarea 7: Dacă subiectul nu a lucrat niciodată, se codifică „N" la această întrebare.

Întrebarea 9: Dacă întrebarea 9 este codificată „00" sau clientul este patron ori liber profesionist ce nu are angajaţi sau asociaţi, atunci înterbarea 18 din secţiunea „Situaţia socio-profesională" ar trebui codificată „N" când ne referim la perioada ultimelor 30 de zile.

Întrebările 21 – 23: Dacă subiectul s-a aflat în incapacitatea de a lucra, în ultimele 30 de zile, pentru că s-a aflat în închisoare sau într-un alt mediu controlat, prin definiţie acesta nu poate avea probleme legate de angajare la întrebarea 21. În acest caz, se codifică „N" la întrebările 21, 22 şi 23. Cum acest lucru înseamnă „0 – deloc" lan scala de automonitorizare a clientului, intervievatorul va trebui să noteze un indice de severitate, bazându-se numai pe date obiective.

Consumul de alcool / drog

Întrebările 1 – 13: Dacă subiectul nu a consumat un anumit drog sau nu a consumat un anumit drog conform criteriilor din manual, atunci ar trebui codificat „N" când ne referim la vârsta primului consum.

Întrebările 14, 14A şi 14B: Dacă întrebarea 14 este codificată „0", atunci la întrebarea 14A, la prima căsuţă se codifică „N". De asemenea, întrebarea 14B se codifică „N".

Întrebările 16 şi 17: Dacă la întrebările 16.1 – 16.9 s-a codificat „0" (însemnând că subiectul nu a fost tratat niciodată pentru probleme legate de alcool / drog), atunci se codifică „N" la întrebarea 17.

Întrebările 18 – 20: Dacă întrebarea 18 este codificată cu „00", atunci se vor codifica cu „N" şi întrebările 19 şi 20. Dacă întrebarea 19 este codificată „00", atunci întrebarea 20 va fi codificată „N".

Statutul juridic

Întrebările 12 – 14: Dacă întrebarea 12 este codificată „00", atunci şi întrebările 13 şi 14 ar trebui codificate „N".

Întrebările 15 – 16: Dacă întrebarea 15 este codificată „00", atunci şi întrebarea 16 ar trebui codificată „N".

Istoricul familiei şi **Situaţia socio-familială**

„N" poate fi folosit numai în secţiunea „Istoricul familiei" şi la întrebările 9A – 18 din secţiunea „Situaţia socio-familială".

Istoricul familiei: Vezi instrucţiunile din manual.

Întrebările 9A – 18: Este important să se verifice dacă subiectul a avut o relaţie cu persoanele specificate la itemii respectivi. Ca şi regulă, dacă nu a existat posibilitatea menţinerii unei relaţii (de exemplu, persoana respectivă a murit sau nu a existat nici un contact între client şi acea persoană), atunci se va codifica „N" la întrebările respective. Dacă subiectul declară că nu a avut o relaţie cu o anumită persoană (e.g.: nu are copii, nu a avut niciodată prieteni, nu a avut niciodată o relaţie cu tatăl său etc.), atunci ar trebui codificat „N" la ambele categorii: „în ultimele 30 de zile" şi „pe parcursul întregii vieţi".

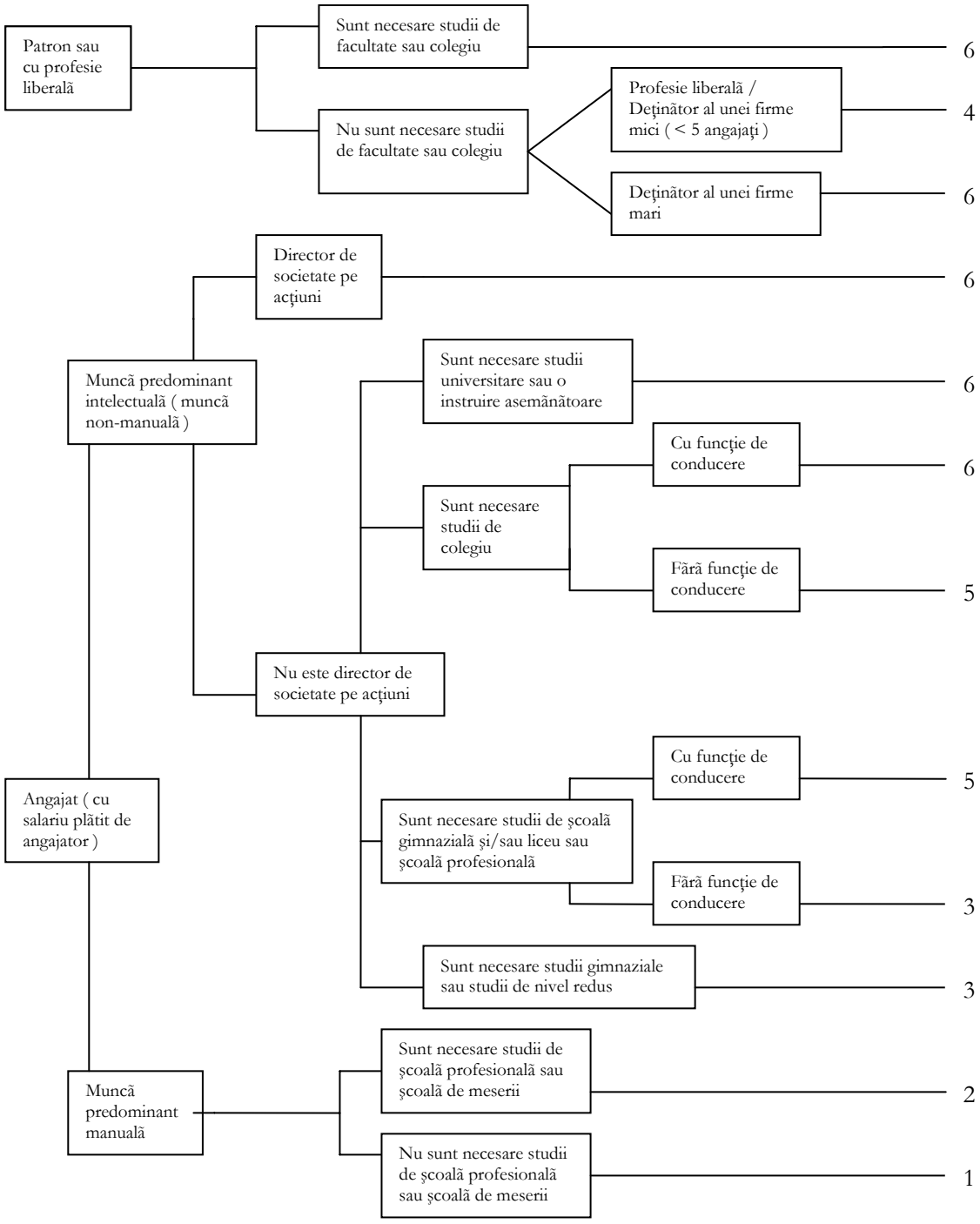
Întrebarea 9: Dacă întrebarea 9 a fost codificată „0", atunci la întrebarea 16, la categoria „în ultimele 30 de zile" se va codifica „N". În acest caz, intervievatorul va pune întrebări suplimentare pentru a vedea dacă subiectul a avut vreodată prieteni apropiaţi, pentru a vedea dacă se va codifica „N" şi la categoria „ pe parcursul întregii vieţi".

Întrebarea 18: Dacă la întrebarea 9 din cadrul secţiunii „Statut profesional şi suport financiar" s-a codificat „00" sau dacă subiectul lucrează în propria sa afacere şi nu are angajaţi şi nici asociaţi, atunci la întrebarea 18 din secţiunea „Situaţia socio-familială" codificaţi „N" la categoria „în ultimele 30 de zile".

Statutul psihiatric

În această secţiune nici o întrebare nu trebuie codificată „N".

Categoriile ocupaţionale.



1 = muncă necalificată
2 = muncă calificată
3 = angajaţi cu studii medii sau fără studii
4 = mici întreprinzători
5 = angajaţi cu studii medii sau cu studii superioare
6 = profesionişti

Lista celor mai utilizate substanţe[3]

- ALCOOL vezi definiţia din manual.
- HEROINĂ marfă
- Metadonă metadonă, LAAM
- Alte opiacee/ analgezice Ccodeină, Codamin, Calmant 3, Fentanyl (folosit în anestezie), Mialgin, Fortral, Sirop de tuse cu codeină
- Medicamente Barbiturice: Amobarbital, Pentobarbital
  Benzodiazepine: Xanax, Frontin, Helex, Lexotan, Lexotanil, Calmepam, Chlordiazepoxid, Napoton, Clonazepam, Rivotril, Rohipnol, Lorazepam
  Alte sedative: Chloral hidrat, Ethylchlorvynol, Meprobamat, Hidroxizin
- Cocaina Cocaină, Crack
- Amfetamine Amfetamină, Regenon, altele
- Cannabis Marijuana, Haşiş
- Halucinogene LSD, Mescalină, Phencyclidină, Psilocybin (ciuperci), Peyote
- Inhalanţi Cleiuri şi solvenţi
- Altele Ecstasy, Ketamina
  Antidepresive: Doxepin (Sinequan)
  Antipsihotice: Clordelazin

Notă: unele substanţe nonpsihoactive pot fi utilizate de unii subiecţi fără prescripţie. Acestea trebuiesc înregistrate în secţiunea „Comentarii". Dacă există prescpţii pentru anumite probleme medicale, atunci referinţa trebuie trecută la secţiunea "Situaţia medicală". Exemple: diuretice (e.g. Furosemid), simpatolitice (e.g. Clonidină), laxative (e.g. laxative cu antrachinonă), anticonvulsivante (e.g. Eurontin, Cenitoină, Carbamazepină, Convulex), antiinflamatorii (e.g. Ibuprofen, Paracetamol), antiacide (e.g. Ranitidină).

Notă: uneori, mărcile comercializate includ un amestec de substanţe psihoactive şi nonpsihoactive (e.g. substanţe antiinflamatorii şi barbiturice pentru tratamentul migrenei sau antimuscarinice şi benzodiazepine pentru tratamentul durerii abdominale). În cazul utilizării fără prescripţie a asemenea amestecuri, vă rugăm să codificaţi în dreptul itemului vizând substanţa psihoactivă respectivă, notând în secţiunea comentarii tipul mărcii de comercializare.

[3] Lista prezentatã nu este exhaustivã, ci este limitatã la unele exemple pentru fiecare clasã de substanţe. Nu sunt listate decât denumirile ştiinţifice, deoarece denumirile uzuale, de marcã (cele din farmacii), ca şi cele de argou, sunt specifice fiecãrei ţãri în parte. Aceste din urmã (cele de marcã şi cele de argou) sunt însã cele mai importante atunci când punem clientului întrebarea.

ITEMI DE VERIFICARE

1. Pagina 1, itemul 8; dacă subiectul vă spune că a stat într-un mediu controlat în ultimele 30 de zile, asigurați-vă că această informație apare într-o zonă adecvată a ASI (e.g. dacă subiectul a fost în închisoare, atunci acest lucru trebuie să apară în secțiunea "situația juridică"; dacă a fost în spital – îm secțiunea „situația medicală", etc.)

2. Situația medicală (itemul 8); dacă subiectul vă spune că ia medicație prescrisă, atunci verificați dacă ați notat această medicație în secțiunea "consum de droguri/alcool". Atunci când este cazul specificați medicația respectivă.

3. Situația medicală (itemul 9); dacă subiectul îți spune că primește pensie pe caz de boală, asigurați-vă că ați notat acest lucru și în secțiunea „statut profesional și suport financiar" (itemul 13).

4. Consumul de droguri/alcool (itemul 15); uneori clienții vă vor spune despre supradoze care au necesitat spitalizarea, lucru pe care au uitat să vi-l spună la situația medicală. Întorceți-vă și clarificați itemii 1 și 2 din secțiunea „situația medicală".

5. Statutul juridic (itemul 18). Dacă subiectul admite că se angajează în activități ilegale în scop de profit, verificați și la secțiunea „statut profesional și suport financiar" (itemul 15).

6. Situația socio-familială (itemul 4); uneori clienții vor admite că locuiesc cu cineva în mod curent, fără să vă fi spus despre asta la secțiunea „statut profesional și suport financiar". Ar trebui să puneți întrebări ca: „această persoană lucrează?", „persoana cu care locuiești te ajută la plata facturilor?", întrebări legate de secțiunea „statut profesional și suport financiar" (itemii 14 și 18). Dacă subiectul vă relatează modul în care locuiește în prezent la itemul 4 al secțiunii „situația socio-familială", asigurați-vă că informația corelează cu adresa furnizată la început.

7. Situația psihiatrică (itemul 2); dacă subiectul vă spune aici pe o pensie pe motiv de boală psihică, verificați și itemul 13 din secțiunea „statut profesional și suport financiar".

8. Verificați vârsta clientului cu numărul de ani de consum de droguri/alcool (așa cum este definit consumul în manual) și cu numărul de ani petrecuți în închisoare. Comparați numărul total al anilor de consum raportat (itemii 1-13 din secțiunea „consum de droguri/alcool") și cu numărul total al anilor petrecuți în închisoare (itemul12 din „statutul juridic") pentru a vedea dacă subiectul este suficient de în vârstă pentru a fi utilizat substanțele pe durata de timp pe care a raportat-o. Dacă acest lucru pare puțin probabil, ar trebui să întrebați: „ați utilițat droguri/alcool (așa cum este definit consumul în manual) cât timp ați stat în închisoare ?"

VERIFICATI DACA INTREGUL INTERVIU ARE SENS.

INSTRUCTIUNI PENTRU FOLLOW-UP

Acestea diferă de evaluările inițiale în mai multe feluri:

- Este aplicabil și utilizat numai un anumit set de itemi.
- Interviurile follow-up sunt mai scurte.
- Se pot obține informații valide și prin follow-up la telefon.

- Pot fi folosite în follow-up şi scorurile de severitate date de intervievator. Nu este însă posibilă comparaţia între scorurile de severitate din follow-up şi scorurile de severitate iniţiale.
- În interviurile follow-up sunt utilizaţi itemii din caseta de mai jos.
- Itemii cu asterisc (*) trebuie reformulaţi în aşa fel încât să se înregistreze date cumulative de la momentul ultimului interviu. În funcţie de scopul interviului follow-up, intervievatorul va face una dintre următoarele specificaţii:
    - *de la ultimul interviu,*
    - *de când a plecat din tratament,*
    - *de la data de.*

Se recomandă utilizarea unei foi separate de follow-up.

ITEMI EUROPASI PENTRU FOLLOW-UP

PRIMA PAGINĂ, COLOANA DIN STÂNGA: Nume şi prenume / Nr. fişei / CNP / Alt nr. de identificare; Data interviului; Tipul interviului; Numele sau codul intervievatorului; Stare specială client
INFORMATII GENERALE: 8,9
SITUATIA MEDICALĂ: 1*, 4*, 5*, 6-16.
STATUT PROFESIONAL SI SUPORT FINANCIAR: 1*,2*, 3, 4, 7*, 8*, 9-26.
CONSUM DE DROGURI/ALCOOL: 01-13: *numai „în ultimele 30 de zile" şi „calea de administrare", 14*, 14A*; numai „6 luni" şi" ultimele 30 de zile", „6 luni" ar trebui reformulate, „ultimele 30 de zile" rămân aşa cum sunt, 14B*, 15*, 16*, 17, 18, 21-28.*
STATUT JURIDIC: 2, 3-7*, 8-12*, 15-23.
SITUATIA SOCIO-FAMILIALĂ: 1, 3, 4*, 6-9, 10-18: *numai „ultimele 30 de zile",* 19-26.
SITUATIA PSIHIATRICĂ: 1*, 2, 3-10: *numai „ultimele 30 de zile",* 10 A*, 11-22.

CUM SĂ MĂRIŢI NUMĂRUL INTERVIURILOR FOLLOW-UP:

- Informaţi clientul la interviul iniţial că peste x luni va avea loc o evaluare follow-up.
- Obţineţi nume, adrese şi numere de telefon a cel puţin un membru al familiei şi/sau prieten. Asiguraţi-vă că sunt adrese şi numere de telefon diferite. Verificaţi aceste numere şi adrese imediat, în timp ce clientul este în tratament.
- Obţineţi informaţii despre alte persoane cu care clientul este în legătură, cum ar fi ofiţerul de probaţiune, profesionişti din alte unităţi de tratament.
- Asiguraţi confidenţialitatea – un număr secret de telefon (numai între dvs şi client) la care să-i puteţi lăsa mesaje.
- Asiguraţi confidenţialitate clientului – informaţi clientul că referinţele cerute (rudele, prieteni, ofiţerii de probaţiune) nu vor fi utilizate pentru a obţine informaţii despre client, ci numai pentru a localiza clientul. Asiguraţi-vă că aveţi la îndemână o explicaţie legată de motivul pentru care căutaţi clientul pentru nişte rude prea curioase.

- Păstraţi înregistrări detaliate ale tuturor încercărilor de follow-up, inclusiv momentele şi rezultatele acestor încercări. Aceasta împiedică suprapunerea încercărilor de follow-up şi ajută la eficientizarea eforturilor.
- Puteţi de asemenea să trimiteţi o scrisoare personalizată în care să menţionaţi clientului momentele în care vă poate contacta sau să faceţi posibilă o corespondenţă secretizată cu clientul.

ASIGURAȚI-VĂ CĂ PERSOANELE CARE CONDUC INTERVIURILE FOLLOW-UP NU SUNT IMPLICATE ÎN TRATAMENTUL CLIENTULUI.

FIŞĂ DE CONSIMȚĂMÂNT PENTRU INTERVIURILE FOLLOW-UP[4]

CONSIMȚĂMÂNT DE PARTICIPARE LA INTERVIUL FOLLOW-UP

Nume:.....

Studiu:.....

Mă decid să intru în tratament în unitatea..... şi sunt de acord să particip la interviuri follow-up pe parcursul anului următor tratamentului. Acest interviu va fi complet confidenţial, iar informaţiile vor fi folosite pentru îmbunătăţirea tratamentului din această unitate.

Voi furniza unităţii o adresă şi un număr de telefon prin care cred că voi putea fi contactat în viitor, precum şi numele şi adresele unor persoane care vor putea fi solicitate pentru a mă contacta. Înţeleg faptul că toate informaţiile pe care le furnizez vor rămâne confidenţiale, ca şi faptul că acele persoane ale căror nume le voi da vor fi contactate numai în legătură cu locul în care pot fi găsit, iar tratamentul sau starea mea nu vor fi discutate cu ele sau cu nimeni altcineva.

Semnătura:.....

ACEASTA SECTIUNE VA FI COMPLETATA DE INTERVIEVATOR DUPA CE SE TERMINA ADMINISTRAREA EUROPASI.

Numele clientului: .....

Data naşterii: .....

Persoana de contact care

l-a asistat până în prezent .....

Are sau nu loc de muncă

în timpul zilei .....

Ofiţerul de probaţiune .....

(această instituţie nu a fost încă aprobată)

Formular pentru localizarea clientului (în scopul interviului follow-up)[5]

[4] Această "Fişă de consimțământ pentru interviurile follow-up" trebuie luată ca exemplu. Ar putea fi necesare unele adaptări în funcție de legislația specifică țării respective.

[5]Acest formular ar trebui considerat ca exemplu. Dacă întrebări cu specific naţional-cultural sunt considerate folositoare, atunci acestea ar trebui adăugate la acest formular.

Adresa la care clientul se va întoarce:

Stradă, Ap. Nr. .....

Oraş, Judeţ .....

Nr. De telefon .....

Alte persoane ce locuiesc la această adresă:

Nume:	Tip de relaţie:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Alte contacte (se includ aici părinţi, parteneri, fraţi / surori, copii, prieteni apropiaţi):

Nume 1: .....

Tip de relaţie: ..... Lucrează în timpul zilei: .....

Stradă, Ap. Nr.: .....

Oraş, Judeţ: .....

Nr. De telefon: .....

Nume 2: .....

Tip de relaţie: ..... Lucrează în timpul zilei: .....

Stradă, Ap. Nr.: .....

Oraş, Judeţ: .....

Nr. De telefon: .....

Nume 3: .....

Tip de relaţie: ..... Lucrează în timpul zilei: .....

Stradă, Ap. Nr.: .....

Oraş, Judeţ: .....

Nr. De telefon: .....

Nume 4: .....

Tip de relaţie: ..... Lucrează în timpul zilei: .....

Stradă, Ap. Nr.: .....

Oraş, Judeţ: .....

Nr. De telefon: .....

Clientul primeşte:

- Pensie, ajutor social sau alte beneficii? .....
  Specificaţi:
- Asistenţă publică? .....
- Ajutor de şomaj sau plăţi compensatorii? .....

Specificaţi ţara de rezidenţă: .....

Notaţi internările în spital sau tratamentele în ambulatoriu (pentru probleme medicale, legate de consumul de alcool sau droguri, probleme psihiatrice sau adăposturi, etc.). Notaţi unde şi când:

1. .....
2. .....
3. ....
4. .....

Ofiţerul de probaţiune:

Nume: .....

Adresă: .....

Nr. de telefon: .....

Oraş, Judeţ: .....

Clientul aşteapta o punere sub acuzare, un proces sau o pedeapsă la momentul realizării interviului iniţial?

.....

Notaţi locaţiile şi momentele detenţiilor anterioare:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

ORICE ALTE INFORMATII PERTINENTE (Locuri de muncă, militar activ sau în rezervă, medici ce l-au tratat anterior, statutul actual educaţional sau vocaţional, misiuni, adăposturi, etc.):

.....
.....
....

EuropASI

INDEX DE SEVERITATE A ADICȚIILOR

(Adaptare românească după EuropASI)

SCORURILE DE SEVERITATE

Scorurile de severitate sunt estimările intervievatorului asupra nevoii de tratament a pacientului pentru fiecare arie de probleme în parte. Scala este de la 0 (nu se indică tratament) la 9 (tratament absolut necesar – situaţie cu risc asupra vieţii). Fiecare scor se bazează pe istoria simptomelor pacientului, pe situaţia prezentă, ca şi pe evaluarea subiectivă a nevoii de tratament în aria respectivă de probleme. Pentru descrierea detaliată a procedurii şi regulilor de determinare a scorurilor de severitate, consultați manualul de utilizare (ghidul RomASI).

INSTRUCTIUNI

1. Nu lăsaţi spaţii, ci codificaţi itemii, acolo unde este cazul, cu:

X = nu s-a răspuns la întrebare ;

N = nu se aplică

Utilizaţi un singur caracter per item.

2. Itemii încercuiţi sunt pentru interviurile follow-up. Itemii cu asterisc sunt cumulativi şi vor trebui reformulați la follow-up (vezi manualul).

3. După fiecare secțiune sunt lăsate spaţii pentru comentarii adiționale.

SUMARUL SCALEI DE AUTOAPRECIERE (SCALA CLIENTULUI)

0 - Deloc

1 - Slab

2 - Moderat

3 - Mult

4 - Foarte mult

A. NUMĂRUL FIŞEI / CNP / ALT NUMĂR DE IDENTIFICARE

B.TIPUL DE TRATAMENT _____

1. Detoxifiere în ambulatoriu
2. Detoxifiere în spital
3. Substituţie în ambulatoriu
4. Ambulatoriu drug-free
5. Centru drug-free
6. Centru de zi
7. Spital de psihiatrie
8. Alt spital sau secţie
9. Altele _____
0. Nici un tratament

C. DATA ADMISIEI:

zi luna an

D. DATA INTERVIULUI:

zi luna an

E. Ora începerii: _____

F. Ora încheierii: _____

G. Tip interviu: _____

1. Test iniţial
2. Follow-up

H. Contactat: _____

1. Personal
2. Telefonic

I. Sex _____

1. Masculin
2. Feminin

J. Cod intervievator: _____

K. Stare specială client:

1. Interviu întrerupt
2. Clientul a refuzat să răspundă
3. Client incapabil de a răspunde _____

INFORMATII GENERALE

1. Categoria de rezidenţă: 1.Localitate mare (>100.000) _____
   2.Loc. medie (10-100.000)
   3.Loc. mică (rural) (<10.000)

2. Cod poştal: _____

3. De cât timp locuiţi la această adresă? _____

4. Această locuinţă este proprietatea dvs. sau a familiei dvs.? _____

0 = Nu 1 = Da

5. Vârsta: _____

6. Naţionalitatea: _____

7. Ţara natală: Intervievat: _____
   Tata: _____
   Mama: _____

8. Te-ai aflat într-un mediu controlat în ultimele 30 de zile? _____

1. Nu
2. Închisoare
3. Centru pentru tratarea dependenţelor
4. Centru medical

5. Centru psihiatric

6. Centru pentru detoxifiere

7. Altele

9. Dacă da, pentru câte zile ? _____

REZULTATE LA TESTE ADIŢIONALE

|| 1. _____ ☐☐☐

|| 2. _____ ☐☐

_____ ☐☐

_____ ☐☐

PROFILUL DE SEVERITATE

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
PROBLEMA	MEDICALA	PROF./FIN.	ALCOOL	DROGURI	JURIDICA	SOCIO-FAM.	PSIHIATR.

---

1. De câte ori aţi fost internat pentru probleme medicale? (inclusiv supradoză, delirium tremens si excluzând detoxifiere sau alt tratament pentru alcool, droguri sau psihiatric) _____

2. Cu cât timp în urma a fost ultima spitalizare pentru probleme medicale?

_____ _____

ani luni

3. Aveţi probleme medicale cronice? _____

0. Nu

1. Da _____

(Specificaţi)

4. Aţi fost infectat cu virusul hepatitic? _____

0 - Nu

1 - Da

2 - Nu ştiu

3 - Refuz să răspund

5. Aţi fost testat pentru HIV? _____

0 - Nu

1 - Da

2 - Nu ştiu

3 - Refuz să răspund

6. Daca da, în urmă cu câte luni? _____

7. Care a fost rezultatul? _____

0 - HIV negativ

1- HIV pozitiv

2 - Nu ştiu

3 - Refuz să răspund

8. Luaţi medicamente prescrise de medic pentru vreo problemă fizică? _____

0 – Nu 1 - Da

9. Luaţi pensie pentru dizabilităţi fizice? (exclus dizabilităţi psihice) _____

0 – Nu 1 - Da

10. Aţi fost tratat de medic în ultimile 6 luni pentru probleme medicale? _____

0 – Nu 1 - Da

11. Câte zile, din ultimile 30, aţi fost bolnav? _____

Pentru întrebările 12 & 13, rugaţi clientul să utilizeze scala de autoevaluare

12. Cât de ingrijorat/afectat aţi fost, în ultimile 30 de zile, din cauza problemelor medicale? _____

13. Cât de important pentru dvs credeţi că este tratamentul medical acum? _____

Folosiţi indicatorii de severitate

14. Cum apreciaţi nevoia de tratament medical a subiectului? _____

Folosiţi indicatorii de încredere

15. Pacientul distorsionează semnificativ informaţia în mod intenţionat ? _____

0 – Nu 1 – Da

16. Informaţia este semnificativ distorsionată datorită incapacităţii subiectului de a înţelege conţinutul întrebărilor ? _____

0 – Nu 1 – Da

Comentarii

STATUT PROFESIONAL SI SUPORT FINANCIAR

1. Numărul anilor de şcoală: _____

ani

2. Numărul anilor de şcoală superioară (şcoală post-liceală sau colegiu, facultate, studii postuniversitare): _____

ani

3. Care este cea mai înaltă diplomă obţinută?

(Specificaţi) _____

4. Aveţi carnet de conducere? _____

0 – Nu 1 – Da

5. Care a fost cea mai lungă perioadă de angajare? _____ _____

(Vezi manualul pentru definiţie) ani luni

6. Care a fost cea mai lungă perioadă în care nu aţi lucrat? _____ _____

ani luni

7. Care este ocupaţia obişnuită (sau ultima)? *(Vezi manualul pentru definiţie)* _____

_____

(Specificaţi în detaliu)

8. Tipul de ocupaţie din ultimii 3 ani _____

1- normă întreagă

2- 1/2 de normă (orar stabil)

3- 1/2 normă (orar neregulat/zilier)

4- student

5- soldat în termen

6- pensionat medical/limită de vârstă/persoană handicapată

7- fără ocupaţie (inclusiv casnice)

8- mediu supravegheat (închisoare, comunitate terapeutică, spital)

9. Câte zile aţi lucrat din ultimile 30? _____

(se exclud bişniţa, prostituţia sau alte activităţi ilegale)

Aţi obţinut bani în ultimile 30 de zile dintr-una din următoarele surse ?

10. Fiind angajat _____

0 – Nu 1 – Da

11. Din ajutorul de şomaj şi/sau plăţi compensatorii? _____

0 – Nu 1- Da

12. Din ajutorul comunităţii, sau opere caritabile? _____

0 – Nu 1 – Da

13. Din ajutor social sau pensie? _____

(se includ beneficii - pentru pensionari, persoane handicapate,

veterani - şi alocaţii sau alte ajutoare sociale.)

0 – Nu 1 – Da

14. De la prieteni, familie, colegi? _____

0 – Nu 1 – Da

15. Din activităţi ilegale? _____

0 – Nu 1 – Da

16. Din prostituţie sau proxenetism? _____

0 – Nu 1 – Da

17. Din alte surse? _____

0 – Nu 1 – Da

18. Care este principala dvs. sursă de venit? _____

(*Folosiţi codurile 10-17)*

19. Aveţi datorii? _____

(se includ datorii la persoane fizice şi instituţii, mai puţin ipotecile.)

0 – Nu

1 – Da _____

suma se exprimă în zeci de mii (1 înseamnă 10.000 lei);

20. Câte persoane sunt în întreţinerea dvs? _____

21. Câte zile din ultimile 30 zile aţi avut probleme de angajare? _____

Pentru întrebările 22 & 23, rugaţi clientul să utilizeze scala de autoevaluare.

22. Cât de îngrijorat/afectat aţi fost în ultimile 30 de zile din cauza problemelor de angajare/ocupaţionale? _____

23. Cât de importantă credeţi că este pentru dvs acum consilierea ocupaţională? _____

Folosiţi indicatorii de severitate

24. Cum apreciaţi nevoia subiectului de consiliere ocupaţională ? _____

Folosiţi indicatorii de încredere

25. Subiectul deformează semnificativ informaţia în mod intenţionat ? _____

0 – Nu 1 – Da

26. Informaţia este semnificativ deformată din cauza incapacităţii _____
subiectului de a înţelege conţinutul întrebărilor ?
0 – Nu 1 - Da

Comentarii

CONSUMUL DE DROG/ALCOOL

	Vârsta (prima oară)	Pe durata vieţii (ani)	În ultimile 30 de zile	Calea de administrare
01 Alcool – orice fel de consum	_____	_____	_____	_____
02 Alcool – peste limită	_____	_____	_____	_____
03 Heroină	_____	_____	_____	_____
04 Metadonă / LAAM	_____	_____	_____	_____
05 Alte opiacee / analgezice	_____	_____	_____	_____
06 Medicamente (benzodiazepine, barbiturice, sedative, hipnotice)	_____	_____	_____	_____
07 Cocaină	_____	_____	_____	_____
08 Amphetamine	_____	_____	_____	_____
09 Cannabis	_____	_____	_____	_____
10 Halucinogene	_____	_____	_____	_____
11 Solvenţi	_____	_____	_____	_____
12 Altele	_____	_____	_____	_____
13 Mai mult de o substanţă pe zi (din cele precizate la punctele 02-12)	_____	_____	_____	_____

Notă: Vezi manualul pentru exemplele reprezentative privind fiecare categorie de droguri

** Calea de administrare: 1=Oral, 2=Nazal, 3 – Fumat, 4 - Injectabil nonintravenos, 5 - Injectabil intravenos.*

14. V-aţi injectat vreodată ? _____
0 – Nu 1 – Da

	Vârsta primei injectari	în viaţa de până acum	Injectări ultimile 6 luni	ultimile 30 de zile
14A	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	ani luni zile	ani luni zile	ani luni zile	ani luni zile

14B. În ultimele 6 luni de injectare: _____

a) Nu aţi împrumutat seringi
b) Aţi împrumutat seringi din când în când
c) Aţi împrumutat des seringi

15. De câte ori aţi:

Intrat în criză de delirium tremens? _____

Luat o supradoză (droguri)? _____

16. Tipuri de servicii şi numărul de tratamente (în zile):

	Alcool	Droguri
a) Detoxifiere în ambulatoriu	_____	_____
b) Detoxifiere în spital	_____	_____
c) Substituţie în ambulatoriu	_____	_____
d) Ambulatoriu "drug-free"	_____	_____
e) Centru "drug-free"	_____	_____
f) Centru de zi	_____	_____
g) Spital de psihiatrie	_____	_____
h) 8 - Alt tip de spital/secţie	_____	_____
i) 9 - Alt tip de tratament	_____	_____

17. Câte luni aţi rămas abstinent ca urmare a acestui tratament? Alcool _____ Droguri _____

18. Care dintre substanţe reprezintă problema cea mai severă? _____

Utilizaţi codurile anterioare 02-12 sau "00" pt. "nici o substanţă"; "15" pt. "alcool şi drog"; "16" pt. "mai multe subst."

19. Cât de lungă a fost perioada de abstinenţă voluntară de la această substanţă? (fără a fi consecinţa vreunui tratament – se referă la ultima cea mai lungă perioadă de cel puţin o lună); _____

În luni, sau "00" pentru niciodată abstinent.

20. Acum câte luni s-a încheiat această perioadă de abstinenţă? _____

("00" pentru „încă abstinent")

21. Cât aţi cheltuit în ultimele 30 zile pentru: *(se răspunde la toate variantele)*

Alcool _____ *(suma)*

Droguri _____ *(suma)*

22. Câte zile, din ultimele 30, aţi fost tratat în ambulator

pentru probleme legate de alcool sau drog? *(AA, NA)* _____

23. Câte zile, din ultimele 30, aţi avut:

Probleme legate de alcool? _____

Probleme legate de drog? _____

Pentru întrebările 24 & 25, rugaţi clientul să utilizeze scala de autoevaluare.

24. Cât de deranjat aţi fost în ultimele 30 zile de:

Probleme legate de alcool? _____

Probleme legate de drog? _____

25. Cât de important este pentru dvs., în acest moment, tratamentul pentru:

Probleme legate de alcool? _____

Probleme legate de drog? _____

Folosiţi indicatorii de severitate

26. Cum apreciaţi nevoia subiectului de tratament?

Probleme legate de alcool? _____

Probleme legate de drog? _____

Folosiţi indicatorii de încredere

27. Subiectul deformează semnificativ informaţia în mod intenţionat ?

0 – Nu 1 – Da _____

28. Informaţia este semnificativ deformată din cauza incapacităţii subiectului de a înţelege conţinutul întrebărilor ?

0 – Nu 1 – Da _____

Comentarii

STATUTUL JURIDIC

1. Faptul că vă aflaţi aici, este ca urmare a unei hotărâri judecătoreşti sau aţi fost îndemnat de un lucrător din sistemul juridic? (ex.: judecător) _____

0=Nu 1=Da

2. Acum sunteţi eliberat condiţionat? _____

0=Nu 1=Da

De câte ori în viaţă aţi fost acuzat pentru:

3. Posesie sau trafic de droguri? _____

4. Fapte cu prejudiciu asupra proprietăţii? (furt prin efracţie, furt, fraudă, fals şi uz de fals, escrocare, primire de bunuri furate spre valorificare) _____

5. Fapte însoţite de violenţă?

(tâlhărie, atac, viol, incendiere, omucidere, omor prin imprudenţă) _____

6. Alte fapte? _____

7. Câte din aceste acuzaţii s-au soldat cu condamnări? _____

De câte ori în viaţă aţi fost acuzat de:

8. Conduită turbulentă, vagabondaj, beţii cu tulburarea liniştii publice? _____

9. Prostituţie sau proxenetism? _____

10. Conducerea autovehiculului sub influenţa alcoolului sau drogurilor? _____

11. Contravenţii sau infracţiuni circulaţia rutieră? (viteză la volan, conducere fără permis) _____

12. Câte luni ai fost închis pe parcursul vieţii? (inclusiv arestat) _____

13. Cât a durat ultima perioadă de detenţie? (în luni) _____

14. Pentru ce aţi fost închis?

(Folosiţi codurile 03-06, 08-11.

Dacă sunt mai multe acuzaţii, utilizaţi codul cel mai sever) _____

15. În prezent aşteptaţi să fiţi acuzat, să fiţi judecat sau să se aplice sentinţa? _____

0=Nu 1=Da

16. Pentru ce?

(Dacă sunt mai multe acuzaţii, utilizaţi codul cel mai sever) _____

17. Câte zile din ultimele 30 aţi fost reţinut sau închis? _____

18. Câte zile din ultimele 30 aţi fostangrenat în activităţi ilegale în vederea obţinerii de profit? _____

PENTRU INTREBARILE 19&20, RUGATI CLIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE AUTOAPRECIERE A CLIENTULUI

19. Cât de importante apreciaţică sunt problemele dvs. juridice, în prezent? (Se exclud problemele juridice civile) _____

20. Cât este de important pentru dvs., ACUM, să primiţi consultanţă juridică? _____

SCORUL DE SEVERITATE

21. Cum aţi aprecia nevoia clientului de asistenta juridica ? _____

SCORURI DE VALIDARE

Informaţia de mai sus este în mod semnificativ distorsionata:

22. Intenţionat de către client?

0=Nu 1=Da _____

23. De incapacitatea clientului de a înţelege conţinutul întrebărilor?

0=Nu 1=Da _____

Comentarii

ISTORICUL FAMILIAL

Există rude ale dvs. care să aibă probleme legate de consumul de alcool sau droguri ori probleme de natură psihiatrică – persoane care au urmat un tratament sau care ar trebui să facă acest lucru?

Din partea mamei

	Alcool	Droguri	Psihiatrice
Bunica	_____	_____	_____
Bunicul	_____	_____	_____
Mama	_____	_____	_____
Mătuşi	_____	_____	_____
Unchi	_____	_____	_____
|| Alte rude	_____	_____	_____

Din partea tatălui

	Alcool	Droguri	Psihiatrice
Bunica	_____	_____	_____
Bunicul	_____	_____	_____
Mama	_____	_____	_____
Mătuşi	_____	_____	_____
Unchi	_____	_____	_____
|| Alte rude	_____	_____	_____

Din partea fraților/surorilor

	Alcool	Droguri	Psihiatrice
Bunica	_____	_____	_____
Bunicul	_____	_____	_____
Mama	_____	_____	_____
Mătuşi	_____	_____	_____
Unchi	_____	_____	_____
Alte rude	_____	_____	_____

Notati "0" cand raspunsul este "Nu", "1" pentru "Da", "X" pentru "Nu stiu" si "N" pentru "Nu exista persoana respectiva"

In cazurile in care exista mai multe persoane in situatii-problema la aceeasi categorie, se ia in considerare cazul cel mai sever.

SITUATIA SOCIO-FAMILIALA

1. Statut marital: _____

1. Căsătorit(ă) 4. Separat(ă) 7. Concubinaj
2. Recăsătorit(ă) 5. Divorţat(ă)
3. Văduv(ă) 6. Necăsătorit(ă)

2. De cât timp aveţi acest statut? _____ _____
ani luni

(niciodată căsătorit – se calculează de la 18 ani)

3. Sunteţi mulţumit cu această situaţie? _____

0=Nu 1=Indiferent 2=Da

4. În ultimii 3 ani, aţi locuit: _____

1. Cu partenerul şi copiii
2. Doar cu partenerul
3. Doar cu copiii
4. Cu părinţii
5. Cu familia (legal constituită)
6. Cu prietenii
7. Singur
8. Intr-o institutie (camin)
9. Nu a existat o locuinţă stabilă
10 - Cu parintii si cu prietenul/prietena

5. De cât timp locuiţi astfel? _____ _____
ani luni

(dacă a locuit numai cu familia/părinţii – se calculează de la 18 ani)

6. Sunteţi mulţumit cu această situaţie? _____

0=Nu 1=Indiferent 2=Da

Locuiţi cu cineva care are o problemă legată de abuzul de:

0=Nu 1=Da

6A. Alcool _____

6B. Droguri _____

7. Cu cine petreceţi cea mai mare parte a timpului liber? _____

a. Cu familia, neconsumatoare de alcool/droguri
b. Cu familia, consumatoare de alcool/droguri
c. Cu prietenii, neconsumatori de alcool/droguri
d. Cu prietenii, consumatori de alcool/droguri
e. Singur

8. Sunteţi mulţumit de petrecerea timpului liber în acest mod? _____

0=Nu 1=Indiferent 2=Da

9. Câţi prieteni apropriaţi aveţi? _____

Indicaţii pentru întrebările 9A – 18:

Notaţi „0" când răspunsul este clar „Nu"; „1" când răspunsul este clar „Da"; „X" când răspunsul este nesigur, confuz sau „Nu ştiu" şi „N" când nu există nici o persoană din acea categorie.

9A. Puteţi spune că aţi avut o relaţie apropriată, îndelungată în viaţă cu:

Mama _____
Tata _____
Fraţi/Surori _____
Partener de viată/Soţ/Soţie _____
Copii _____
Prieteni _____

Aţi avut perioade importante în care aţi avut probleme serioase cu:

0=Nu 1=Da

	Ultimele 30 de zile	În întreaga viaţă
10. Mama	_____	_____
11. Tata	_____	_____
12. Fraţi/Surori	_____	_____
13. Partener/Soţ	_____	_____
14. Copii	_____	_____
15. Rude	_____	_____

16. Prieteni _____ _____

17. Vecini _____ _____

18. Colegi _____ _____

Vreuna din aceste persoane (10-18) v-a abuzat:

0=Nu 1=Da

	Ultimele 30 de zile	În întreaga viaţă
18A. Emoţional (prin cuvinte aspre, jignitoare)?	_____	_____
18B. Fizic (provocându-vă răni)	_____	_____
18C. Sexual (prin avansuri sau act sexual)	_____	_____

19. Câte zile, în ultimile30, ai avut conflicte serioase?

A. Cu familia _____

B. Cu alte persoane (din afara familiei) _____

PENTRU INTREBARILE 20 - 23, RUGATI CLIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE AUTOAPRECIERE A CLIENTULUI

Cât aţi fost deranjat, în ultimele 30 de zile, de:

20. Problemele familiale? _____

21. Problemele sociale? _____

Cât de important este pentru dvs. în prezent tratamentul sau consilierea pentru:

22. Probleme familiale? _____

23. Probleme sociale (de relationare cu ceilalti)? _____

SCORUL DE SEVERITATE

24. Cum aţi aprecia nevoia clientului de consiliere familială şi/sau socială? _____

SCORURI DE VALIDARE

Informaţia de mai sus este în mod semnificativ distorsionata:

25. Intenţionat de către client? _____

0=Nu 1=Da

26. De incapacitatea clientului de a înţelege conţinutul întrebărilor? _____

0=Nu 1=Da

Comentarii

SITUATIA PSIHIATRICA

1. De câte ori aţi fost tratat pentru probleme psihologice sau emoţionale?

În condiţii spitaliceşti _____

În ambulator _____

2. Primiţi pensie/ajutor social pentru dizabilitate psihică? _____

0=Nu 1=Da

Aţi avut o perioadă importantă în viaţă, (nedatorată în mod direct consumului de alcool/drog) în care: (vezi Ghidul de utilizare RomASI)

0=Nu 1=Da	În ultimele 30 de zile	În întreaga viaţă
3. Aţi suferit o depresie severă?	_____	_____
4. Aţi suferit de anxietate sau nelinişte severe?	_____	_____
5. V-aţi confruntat cu probleme de înţelegere, concentrare sau memorare?	_____	_____
6. Aţi avut halucinaţii?	_____	_____
7. Aţi avut probleme în a vă controla comportamentul violent?	_____	_____

8. V-au fost prescrise medicamente pentru tulburări psihice, emoţionale?

_____ _____

9. Aţi avut idei de sinucidere? _____ _____

10. Aţi avut tentative de suicid? _____ _____

10A. Câte tentative de suicid aţi avut? _____ _____

11. În câte din ultimele 30 de zile aţi avut probleme psihice/emoţionale?

_____ _____

PENTRU INTREBARILE 12&13, RUGATI CLIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE AUTOAPRECIERE A CLIENTULUI

12. Cât de mult, în ultimele 30 de zile, aţi fost afectat/necăjit de aceste probleme psihice/emoţionale?

_____

13. Cât de important este pentru dvs. tratamentul pentru aceste probleme psihice/emoţionale?

_____

URMATORII ITEMI VOR FI COMPLETATI DE CATRE INTERVIEVATOR

La momentul realizării interviului, clientul este:

0=Nu 1=Da

14. Vizibil depresiv, retras? _____

15. Vizibil ostil? _____

16. Vizibil anxios, agitat? _____

17. Are dificultăţi de a se adapta realităţii, are tulburări de gândire, gânduri paranoide?

_____

18. Are dificultăţi de înţelegere, concentrare, memorie? _____

19. Are idei de sinucidere? _____

SCORUL DE SEVERITATE

20. Cum aţi aprecia nevoia clientului de tratament psihologic/ psihiatric? _____

SCORURI DE VALIDARE

Informaţia de mai sus este în mod semnificativ distorsionata:

21. Intenţionat de către client? _____

0=Nu 1=Da

22. De incapacitatea clientului de a înţelege conţinutul întrebărilor? _____

0=Nu 1=Da

Comentarii

Rezultatele se sistematizează în cadrul unui tablou de evaluare centrat pe probleme, astfel :

a) aria problemă în care clientul indică a avea dificultăţi ;

b) severitatea problemelor din fiecare arie de probleme ;
c) gradul în care clientul resimte nevoia de ajutor, de asistenţă, pentru fiecare arie de probleme ;
d) stabilirea nevoii de tratament a clientului, în estimarea specialistului ;
e) o primă indicaţie a priorităţilor în traiectoria de acordare a asistenţei ;
f) totul rezultând într-o indicaţie de tratament (înregistrată pe un format standard, anexat la fişa clientului), pasul următor în traiectoria de acordare a asistenţei.

Selectarea ariilor de probleme şi a problemelor pentru care este necesară asistenţa şi stabilirea unei traiectorii de acordare a asistenţei au loc în urma unui proces de negociere cu clientul. După ce traiectoria a fost stabilită, clientul trebuie să fie de acord în mod explicit cu planul de tratament.

În cele ce urmează vom prezenta un exemplu concret de stabilire a indicaţiei de tratament şi orientare spre un anumit serviciu de tratament în urma stabilirii unui scor de severitate a adicţiei, utilizând EuropASI.

> *Andrei este un tânăr de 25 de ani, dependent de heroină intravenos. Consumul a debutat în urmă cu 7 ani. Căile de administrare au fost la început fumatul şi inhalarea la folie, consumul intravenos urmând după o perioadă de aproximativ 1 an şi jumătate. În prezent ajunge la o doză de aproximativ 1 gram zilnic. De-a lungul vremii, Andrei a încercat să oprească consumul prin diferite metode, a făcut 5 cure de dezintoxicare şi a fost o dată în post-cură, dar nu a reuşit să rămână abstinent niciodată mai mult de 2-3 săptămâni după externările respective. A trăit şi o experienţă de supradoză. A participat la furturi din automobile împreună cu « tovarăşii » săi, iar poliţia îl caută să-l investigheze. Este infectat cu virusul hepatitic B şi a pierdut aproape 20 de kg de când se drogheză. Şi-a stopat studiile în clasa a XI-a şi nu are o ocupaţie stabilă. Făcea rost de bani de la părinţi şi din « diverse combinaţii ». Este în continuare împreună cu prietena sa, care consumă şi ea heroină, dar numai ocazional, « la ţigare ». În momentul aplicării EuropASI, Andrei este disperat : « părinţii m-au dat ieri afară din casă şi mi-au spus că nu mai am ce căuta înapoi decât dacă mă las. Am venit să mă las. Numai dumneavoastră mă mai puteţi ajuta, vreau să mă internez, vreau să scap de porcăria asta, să-mi fac şi eu o viaţă împreună cu prietena mea, să ne căsătorim, să avem copii. »*

La prima vedere, situaţia lui Andrei pare într-adevăr una disperată, conducând cu gândul la iminenţa unei intervenţii clinice: dezintoxicare în mediu controlat, urmată apoi de un tratament de post-cură şi reabilitare psiho-socială, cu alte cuvinte ţintirea spre un obiectiv « drog 0 », de atingere şi menţinere a abstinenţei totale.

Se ia decizia aplicării EuropASI, iar scorurile obţinute sunt următoarele :

PROFILUL DE SEVERITATE

9							
8				*		*	
7							
6		*			*		
5							
4							
3	*						*
2			*				
1							
0							
PROBLEMA	MEDICALA	PROF./FIN.	ALCOOL	DROGURI	JURIDICA	SOCIO-FAM.	PSIHIATR.

Indicele de severitate al adicţiei pentru Andrei este în jur de 5, ceea ce ar conduce către o intervenţie de tip policlinic, în ambulatoriu. În plus, din discuţiile cu Andrei, reiese faptul că motivaţia sa nu este deocamdată consolidată (conform modelului Prochaska & Di Clemente), fiind necesară o consolidare motivaţională. De asemenea, numeroasele tentative eşuate de menţinere a abstinenţei totale, problemele grave cu familia (scor mare în sfera relaţiilor socio-familiale), ca şi faptul că prietena lui este consumatoare nu vin în sprijinul orientării din start către o opţiune « drog 0 ». Atunci când motivaţia lui ar fluctua mai degrabă către abandonarea scopului propus, cei doi factori de mai sus ar înclina şi mai mult balanţa către o recădere. De aceea, planul terapeutic propus şi agreeat de Andrei ţinteşte către un scop « mai modest » pentru început, şi anume un tratament ambulatoriu format din următoarele servicii *integrate într-un demers sinergic*:

1. Tratament substitutiv cu metadonă ;
2. Training motivaţional şi tehnici de autocontrol ;
3. Obţinerea suportului familiei şi psihoterapie de familie ;
4. Ghidare în problemele juridice ;
5. Ghidare în problema ocupaţională ;
6. Training pentru abilităţi sociale ;
7. Managementul stressului şi restabilirea stilului de viaţă (echilibrarea diadei timp ocupat – timp liber) ;
8. Farmacoterapie (pentru hepatita B).

Durata acestui tratament a fost stabilită la 1 an, urmând după aceea o evaluare a situaţiei lui Andrei. S-a stabilit împreună cu Andrei ca la finalul acestui an să se aplice un nou EuropASI (forma follow-up) şi să se ia în considerare atunci eventualitatea unui demers de atingere şi menţinere a abstinenţei totale.

Evaluarea prin EuropASI reprezintă deci primul pas al unui demers centrat pe problemă, demers bazat pe corelaţii între diverse arii-problemă din viaţa subiectului. O problemă ce poate părea la primul contact cu clientul haotică, este ordonată prin intermediul EuropASI într-o vedere de ansamblu structurată şi structurantă asupra întregului ansamblu de probleme avute de clientul ce ni se adresează, ducând la elaborarea unui plan de tratament coerent.

CARE SUNT MODALITATILE ŞI CONDIŢIILE PRACTICE DE DEZINTOXICARE?

Consecinţa imediată a dezintoxicării este instalarea sindromului de sevraj, care are la bază mecanisme farmacologice adaptative la expunerea repetată la o substanţă psihic activă. Obiectivul terapeutic imediat este de a preveni şi de a atenua, pe cât este posibil suferinţele fizice şi psihice printr-o combinaţie de tratamente ce pot fi farmacologice şi relaţionale. Pe termen lung, obiectivele sunt diminuarea apoi oprirea consumării produsului. Depăşirea sevrajului, nu reprezintă decât o parte limitată din tratamentul pacientului toxicodependent. Ea se înscrie în lanţul terapeutic complex, care cuprinde o fază de evaluare şi pregătire prealabilă şi prevede modalităţi concrete de continuare a terapiei. Faza de preparare ne-a permis să ne asigurăm de caracterul adaptat al indicaţiei de detoxifiere şi de absenţa contra-indicatiilor; evaluarea a permis de asemeni să discutăm şi să alegem împreună cu pacientul, cadrul în care se va face dezintoxicarea şi să stabilim în detaliu contractul terapeutic.

Voluntariatul este unul dintre elementele majore. Frecvenţa recăderilor şi chiar a deceselor prin supradoză după o dezintoxicare forţată arată că presiunile şi constrângerea sunt nu numai incompatibile cu stabilirea unui contract, dar şi ineficiente sau chiar dăunatoare în plan terapeutic.

Sindromul de sevraj

Sindromul de sevraj are simptomatologie specifică fiecărui produs în parte.

Semne şi simptome ale sevrajului la opiacee

Sindromul de sevraj la opiacee este autolimitat în timp şi cu toate că produce o stare de disconfort, nu este ameninţător de viaţă. I se va explica pacientului care sunt simptomele acestui sindrom şi că nu vor atinge un nivel intolerabil.

Sindromul de sevraj la opiacee asociază în mod divers următoarele simptome: agitaţie, lombalgii, hiperalgezie, lăcrimare, rinoree, transpiraţie accentuată, piloerecţie, tremor, anorexie, spasme musculare, dureri osoase şi musculare, frisoane, accelerarea tranzitului intestinal cu diaree şi uneori vărsături.

Examenul clinic poate evidenţia tahicardie, hipertensiune arterială creşterea frecvenţei respiratorii (>16 respiraţii/minut) şi midriază simetrică, bilaterală, cu valoare semiologică importantă.

La aceste semne fizice, se adaugă în mod constant simptome psihice: anxietate, iritabilitate, disforie, căutarea compulsivă a produsului, insomnie, depresie.

Severitatea sindromului creşte odată cu creşterea dozei şi a duratei de consum.

Simptomatologia de sevraj se instalează într-un interval de timp variabil de la consumarea ultimei doze, în funcţie de timpul de înjumătăţire al substanţei respective:

Pentru heroină, a cărei eliminare este rapidă, simptomele apar în general după 4-6-12 ore, se accentuează progresiv până în ziua a treia, apoi regresează în aproximativ o săptămână.

Pentru produşii de substituţie a căror eliminare este lentă (timpul de injumătăţire este de 24-36 de ore pentru metadonă), simptomele apar mai târziu dar persistă timp îndelungat. Sevrajul la metadonă este considerat mai puţin sever ca cel la heroină, cu toate că poate fi descris ca un

sindrom mai puternic de către unii consumatori. Este vorba mai ales de manifestări psihice (anxietate, insomnie, abulie, astenie) care pot contribui la reluarea ulterioară a consumului de drog.

În cazul polidependenţelor, se pot asocia semnele sevrajului la alte substanţe psihic active:

Sindromul de sevraj la substanţe stimulante (cocaina, amfetamine) se manifestă prin disforie, astenie, anhedonie, dissomnie până la un veritabil sindrom depresiv. Uneori, aceste manifestări pot trece neobservate: subiectul este „obosit" câteva zile şi „recuperează" prin simpla odihnă. Destul de rar, se evidenţiază o stare depresivă gravă, cu idei suicidare, necesitînd spitalizarea.

Simptomele apar la câteva zile de la întreruperea stimulantelor şi pot persista între una şi zece săptămâni.

Dependenţa la benzodiazepine apare cel mai adesea după tratamente urmate mai mult de trei luni. Sindromul de sevraj se instalează după o întrerupere de 1-10 zile, cu o intensitate invers proporţională cu timpul de înjumătăţire al benzodiazepinei în cauză. Tabloul clinic asociază anxietate, iritabilitate, tulburări ale somnului, dureri difuze, tulburări senzoriale, tulburări digestive, hipotensiune ortostatică şi în formele cele mai grave, delir psihotic, halucinaţii şi crize comiţiale.

4.2. Metodele de dezintoxicare

Diferitele metode de dezintoxicare sunt integrate în proiecte terapeutice variate şi individualizate în funcţie de pacient.

Cadrul oferit de instituţie şi echipa terapeutică, reprezintă parte integrantă a procesului terapeutic.

Sevrajul ambulatoriu

Atunci când pacientul beneficiază de un puternic suport din partea celor apropiaţi şi condiţiile sale de viaţă o permit, dezintoxicarea se poate realiza prin consultaţii ambulatorii. În aceste condiţii, pacientul trebuie văzut iniţial în fiecare zi, apoi la două-trei zile, în vederea adaptării tratamentului. Medicaţia se administrează în mod direct, la fiecare consultaţie, în cantităţi limitate, în vederea ajustării posologiei şi evitării riscurilor de ingestie medicamentoasă masivă.

Sevrajul în mediu spitalicesc

Se realizează dezintoxicări în servicii de medicină nespecializate, de psihiatrie sau în instituţie specializată. Exceptând dublul diagnostic ce justifică internarea în psihiatrie, alegerea locului pare a se face după criterii cum ar fi oferta de tratament şi disponibilitatea echipei terapeutice faţă de pacientul toxicodependent.

În acest context, contractul stabilit între pacient şi echipa terapeutică cuprinde aspecte particulare. Deşi poate fi variabil în funcţie de instituţie, el insistă asupra necesităţii respectării de către pacient a anumitor reguli de comportament. Cel puţin pentru o perioadă, pacientul trebuie să accepte anumite constrângeri, cum ar fi limitarea ieşirilor, vizitelor şi a apelurilor telefonice.

O problemă delicată, dificil de rezolvat şi asupra căreia nu există consens o constituie dependenţa de tutun, foarte frecvent asociată. Întrucât pacienţii doresc extrem de rar să experimenteze şi acest sevraj în timpul detoxifierii pentru opiacee şi secţia nu poate fi părăsită, se ajunge la o situaţie contradictorie faţă de legea ce interzice fumatul în unităţile sanitare.

Susţinerea relaţională este un element esenţial al sevrajului în spital, ce pune la încercare calităţile şi coeziunea echipei terapeutice. Această însoţire a pacientului de-a lungul parcursului său instituţional, cere disponibilitate şi competenţă, ceea ce presupune personal în număr suficient şi cu o formare profesională corespunzătoare.

Durata internării pentru dezintoxicare este variabilă în funcţie de pacient, produsul folosit, metoda terapeutică aleasă. Ţinând cont şi de frecvenţa din ce în ce mai mare a politoxicomaniilor, o durată arbitrar limitată la 8 zile este insuficientă. Propunerea noastră este ca detoxifierea în spital să dureze 14-21 de zile.

Chimioterapia

În funcţie de tratamentul medicamentos oferit, detoxifierea se poate realiza după mai multe modele:

1. D. Cold-turkey: nu se oferă tratament medicamentos. Consiliere, susţinere, eventual suport religios;
2. D. cu medicaţie simptomatică. Mai ales în ambulatoriu;
3. D. cu Clonidină /Ă - simptomatice. Mai acceptabil pentru pacient. Intraspitalicesc;
4. D. rapidă: Clonidină / Naltrexonă. 3-5 zile. Strictă supraveghere;
5. D. ultrarapidă: 24 de ore. Antagonist i.v. (Naloxonă, Nalorfină). Anestezie generală. Secţie ATI;
6. D. cu substitut (Metadonă)

   - de scurtă durată (30 zile, spital)

   - de lungă durată (180 zile, ambulator)

Această fază a tratamentului, de detoxifiere şi stabilizare este destinată celor care experimentează simptome de sevraj, consecutiv consumului de droguri de lungă durată. Dezintoxicarea poate fi definită ca procesul chimioterapic şi de îngrijiri medicale, ce are obiectivul de a ajuta pacientul să atingă abstinenţa şi o funcţionare normală din punct de vedere fiziologic, în condiţiile unui discomfort cît mai redus, fizic şi emoţional.

Printre obiectivele principale ale acestei faze de tratament, sunt incluse:

- Diagnosticul şi tratamentul complicaţiilor medicale;
- Atingerea abstinenţei;
- Motivarea pacientului pentru continuarea tratamentului pe termen lung;
- Folosirea strategiilor de schimbare cognitivă şi comportamentală pe care, ulterior, pacientul le va folosi în efortul său de reabilitare.

Dezintoxicarea singură, nu s-a dovedit a fi eficientă în atingerea unei recuperări durabile. Această fază nu poate fi văzută decât ca o etapă pregătitoare a unui tratament continuu, tinzând spre menţinerea abstinenţei şi promovarea reabilitării.

Experienţa acumulată de către practicieni sugerează că dezintoxicarea este facilitată de utilizarea agoniştilor opioizi (în marea majoritate a cazurilor metadonă), în doze progresiv diminuate, a antagonistului parţial (buprenorfina) şi a substanţelor nonopioide cu efect agonist α2-adrenergic (clonidina, lofexidina).

De câteva decade au fost puse la punct proceduri pentru accelerarea timpului necesar detoxifierii, prin folosirea antagoniştilor opioizi.

Dezintoxicarea rapidă precipită sevrajul cu naltrexonă sau naloxonă, în timp ce dezintoxicarea ultrarapidă se face cu naloxonă sub sedare profundă sau anestezie generală. Ambele tehnici induc un sevraj sever, dar de scurtă durată. Studiile efectuate, par a concluziona că, deşi riscurile medicale pot fi depăşite, aceste tehnici nu oferă avantaje faţă de metodele clasice şi nu au mai mult succes în reţinerea pacienţilor în programele de prevenire a recăderilor.

Dezintoxicarea cold-turkey

Uneori, depăşirea sevrajului fără supraveghere medicală este posibilă, cu o puternică susţinere din partea familiei, prietenilor sau a anumitor organizaţii. Este departe de a fi opţiunea preferată şi este dificil de pus în aplicare, atât din punctul de vedere al toxicodependentului, cât şi al celor care încearcă să-l ajute.

Deşi acest tip de dezintoxicare este rar folosit, este important de ştiut că există şi că poate fi eficient pentru persoane cu un nivel înalt de motivaţie şi care beneficiază de un suport corespunzător.

Dezintoxicarea cu medicaţie simptomatică

Tratamentul se adresează simptomelor de sevraj, în încercarea de a le reduce intensitatea. Sunt folosite tranchilizante (benzodiazepinice sau nonbenzodiazepinice), neuroleptice sedative (levomepromazin, tioridazin, clorpromazina), antidepresive (mai ales cele cu efect sedativ), hipnotice, antalgice, miorelaxante. Dozele sunt adaptate la intensitatea simptomatologiei clinice. Folosirea anxioliticelor şi hipnoticelor trebuie limitată la o perioadă scurtă de timp, datorită potenţialului lor adictogen, dar sunt utile, mai ales în primele faze ale tratamentului.

Nici această metodă nu este foarte agreată de către pacienţi şi menţinerea lor în terapie este problematică. Poate fi folosită în ambulator, pentru pacienţi bine motivaţi şi cu susţinere socială puternică, sau pentru cei parţial dezintoxicaţi în ambulator şi care solicită internarea pentru ultima perioadă a sevrajului.

Dezintoxicarea cu Clonidină /Ă - simptomatice

Clonidina, un alfa-2 agonist simpatic, folosit în practica medicală pentru tratamentul hipertensiunii arteriale şi migrenei s-a dovedit folositor în asistarea sevrajului la opiacee (al cărui mecanism fiziopatologic principal este rebound-ul adrenergic).

Datorită capacităţii sale de a produce hipotensiune şi sedare se recomandă folosirea doar pentru pacienţii internaţi.

Se administrează oral, în doze ce vor fi reduse treptat pe o perioadă de două săptămâni, iar efectele secundare hipotensive şi sedative vor fi monitorizate cu regularitate.

Pare a fi mai bine tolerată în dezintoxicarea de heroină şi ridică probleme dificile atunci când este folosită la pacienţii în prealabil stabilizaţi pe doze mari de metadonă.

Clonidina influenţează simptomatologia de sevraj în mod global, dar fără a avea efect asupra durerilor, insomniei şi craving-ului. De aceea, modalitatea de detoxifiere nonsubstitutivă cea mai bine acceptată de către pacienţi, asociază clonidina cu medicaţia simptomatică.

Dezintoxicarea rapidă şi ultra-rapidă

Înaintea începerii tratamentului de dezintoxicare este necesar să evaluăm corect :

1. personalitatea toxicomanului şi atitudinea noastră faţă de pacient;
2. motivaţia pacientului pentru a începe o dezintoxicarea;
3. analiza suportului pe care se poate baza pacientul;
4. istoria clinică şi toxicologică(examinarea fizică, probe de laborator etc.);
5. istoria psiho-socială, din care am putea detecta o altă tulburare psihiatrică;
6. stabilire a priorităţilor, deoarece în unele cazuri înaintea dezintoxicării poate fi necesară rezolvarea altor probleme;
7. complianţa la tratament a pacientului;
8. tehnica de dezintoxicare cea mai adecvată ;
9. conştientizarea, atât de către pacient, cât şi de către familie, că dezintoxicarea nu este sinonimă cu vindecarea;
10. garantarea confidenţialităţii procesului;
11. acceptarea voluntară a tratamentului şi semnarea Contractului terapeutic.

Istoria şi fundamentul ştiinţific al dezintoxicării ultra-rapide

Primul care a observat că administrarea iv. de naloxonă precipită un sindrom de abstinenţă la opiacee de mai mare intensitate , dar de durată mai scurtă, a fost Bachy în 1973.

În 1978, Gold descrie acţiunea clonidinei în ameliorarea simptomatologiei vegetative a sindromului de sevraj. Riordan şi Kleber, în 1980, au fost primii care au utilizat clonidina şi naloxona. Charney, în 1982, a propus asocierea clonidinei şi a naltrexonei ca o metodă sigură, eficace şi rapidă pentru dezintoxicarea pacienţilor dependenţi de heroină în spital. Fundamental este faptul că în aceste momente tehnologia de care dispunem ne permite să controlăm şi să reducem la minim sindromul de abstinenţă la opiacee chiar dacă acesta este de intensitate mare. De fapt, evoluţia tuturor tehnicilor de dezintoxicare a fost către o scurtare a duratei acesteia şi aplicarea pe parcursul lor a intervenţiilor psihoterapeutice.

De aceea, dezintoxicarea ultra-rapidă trebuie văzută ca o alternativă terapeutică.

Conceptul de dezintoxicare ultra-rapida şi denumirea tehnicii

Criteriile de dezintoxicare ultra-rapidă trebuie să îndeplinească 3 condiţii :

1. să obţină dezintoxicarea în mai puţin de 24 de ore (durata totală a procesului) ;
2. se administrează cel puţin o doză întreagă de antagonist (naltrexonă sau naloxonă) ;
3. se foloseşte o gamă largă de medicamente pentru controlul optim al sindromului de abstinenţă la opiacee.

Există însă tehnici mai ales în cazul celor folosite în spital, pentru care timpul se prelungeşte, în sensul că pacientul fie este internat în ziua precedentă cu scopul de a fi evaluat, fie se aşteaptă 24-48 de ore după finalizarea dezintoxicării cu scopul de a externa pacientul când acesta este complet asimptomatic.

Nu există un consens în ceea ce priveşte denumirea acestui tip de dezintoxicare, cele mai frecvent utilizate denumiri fiind : dezintoxicare rapidă, antagonizare rapidă, dezintoxicarea ultra-rapidă, dezintoxicarea ultra-scurtă, inducţie rapidă.

Avantajele tehnicilor de dezintoxicare ultra-rapidă

Printre avantajele acestor tehnici după Carreno şi colaboratorii se numără : eficacitate egală sau superioară metodelor clasice, scurtarea duratei, scăderea riscurilor recăderii, reducerea costurilor, cantitate mai mică de medicamente folosite şi un număr redus de personal medical necesar, influenţarea minimă a situaţiei socio-materiale, complianţa mai bună din partea pacienţilor şi a familiei, intervenţie psihoterapeutică mult mai rapidă, demontarea mitului sindromului de sevraj, permiţând o abordare şi o intervenţie ulterioară mult mai rapidă.

Fără îndoială aceste tehinici sunt avantajoase în condiţiile în care nu apar în timpul aplicării lor complicaţii de tipul : depresie respiratorie, bronhoaspiratie, episoade confuzionale, fiind descrise chiar cazuri de deces, situaţie în care unele dintre ele nu pot fi utilizate decât în spital, cu anestezie şi intubare.

Din aceste motive se impune o selecţie adecvată a pacienţilor ţinând cont de indicaţiile şi contraindicaţiile tehnicii, cât şi buna cunoaştere a acestor tehnici de către cadrele medicale cu scopul de a obţine o minimizare a riscurilor şi a complicaţiilor posibile.

Tipuri şi modele

Sub denumirea de dezintoxicare ultra-rapidă sunt cunoscurte diverse tehnici care în mod obişnuit se pot clasifica în 5 grupe :

- dezintoxicare la domiciliul pacientului : în acest caz cadrele medicale oferă pacientului şi persoanelelor ce urmează să supravegheze dezintoxicarea, instrucţiunile şi medicaţia necesare pentru realizarea terapiei ;
- dezintoxicarea ambulatorie : se realizează într-un centru ambulator de tratament al toxicodependenţilor sub supravegherea cadrelor medicale ;
- deintoxicarea în spitale : se realizează sub supraveghere medicală, însă fără a se induce un grad de sedare ce ar necesita terapie intensiva ;
- dezintoxicarea în spital cu sedare : în acest caz tehnica necesită colaborarea unui serviciu de terapie intensiva, pacientul fiind monitorizat datorita sedării intense ;

- dezintoxicarea în spital cu anestezie : este o tehnică foarte asemănătoare cu cea anterioară necesitând intubarea pacientului şi monitorizarea permanentă.

Medicamentele utilizate cel mai frecvent sunt : agonisti alfa2 adrenergici, antiemetice, antidiareice, benzodiazepine, neuroleptice, spasmolitice, gastro-protectoare.

Siguranţa dezintoxicărilor ultra-rapide

Studiile ce au utilizat aceste tehnici au arătat că prin folosirea lor simptomatologia de sevraj este uşoară, controlabilă medicamentos.

Indicaţii şi contraindicaţii

Principalele criterii de includere într-un tratament de dezintoxicare ultra-rapidă la pacienţii dependenţi de opiacee sunt:

- dependenţă doar de opiacee;
- consum de heroină (preferabil celui de metadonă);
- necesitatea unei dezintoxicări rapide;
- eşecul altor tehnici de dezintoxicare;
- buna integrare socială;

Pentru folosirea în ambulator a acestor tehnici trebuie luaţi în considerare şi alţi factori:

- consum redus de droguri ca perioadă de timp şi cantitate;
- recăderi recente ale pacienţilor incluşi în program drog zero sau a celor ce urmează tratament cu antagonişti;

Principalele criterii de excludere pentru realizarea unei dezintoxicări ultra-rapide sunt:

- sarcină şi lactaţie,
- boala organică severă (tulburări cardiace severe, BPOC, hepatopatie severă, nefropatie severă, epilepsie),
- consum de metadonă în cantitate medie,
- boală psihiatrică decompensată,
- politoxicomanii,
- vârsta sub 18 ani.

Dezintoxicarea ultra-rapidă a fost obiectul unor controverse din punct de vedere al eticii şi deontologieie medicale, punându-se în discuţie oportunitatea dezintoxicării în ambulator sau în spital. Pe de altă parte, a fost criticată publicitatea făcută în unele ţări în care se utilizeaza aceste tehnici.

În orice caz, ca regulă generală, pacienţii şi familiile trebuie să fie informaţi asupra diverselor alternative, asupra riscurilor şi beneficiilor acestor tehnici. După evaluarea beneficiilor şi a riscurilor precum şi a stării clinice a pacientului, medicul împreună cu pacientul vor decide asupra celei mai indicate metode de dezintoxicare.

Dezintoxicarea ultra-rapidă s-a dovedit a fi un proces eficient şi cu un grad înalt de siguranţă pentru pacient, permiţând scurtarea duratei de dezintoxicare, cu scăderea riscurilor şi reducerea costurilor în comparaţie cu dezintoxicarea clasică.

Dezintoxicarea cu tratament substitutiv

În acest caz, farmacoterapia implică administrarea unei medicaţii agoniste corespunzătoare, în doze progresiv diminuate, în vederea minimizării discomfortului fiziologic şi emoţional resimţit în perioada de sevraj, de către consumatorii de opiacee.

În tehnicile de substituţie, se folosesc următoarele substanţe:

Metadonă (Sintalgon). Inhibă căile ascendente de transmitere ale durerii, diminuând atât percepţia cât şi răspunsul la durere. Este frecvent utilizată atât în cadrul secţiei închise cât şi în ambulatoriu. Nu există o doză fixă, doze de 60 mg sau mai mult se asociază cu un bun rezultat.

- Doza la adulţi

În dezintoxicarea la heroină se administrează iniţial 20-30 mg per os şi apoi se poate mări doza până la 60-120 mg în funcţie de severitatea simptomatologiei de sevraj.

- Doza pediatrică

Nu se foloseşte metadonă sub vârsta de 18 ani.

- Contraindicaţii

Reacţie de hipersensibilitate, astm bronsic, creşterea presiunii intracraniene.

- Interacţiuni

Fenitoinul, rifampicina şi pentazocina determină scăderea nivelului sanguin al metadonei; fenotiazinele, antidepresivele triciclice, inhibitorii MAO şi depresantele SNC cresc toxicitatea metadonei.

- Sarcina

Contraindicaţii ale administrării metadonei în timpul sarcinii nu au fost dovedite.

- Precauţii

Datorită timpului de înjumătăţire lung, se recomandă prudenţă în caz de afectare hepatică severă.

Levomethadyl (LAAM). Este recomandat numai în tratamentul dependenţei de opiacee. În majoritatea ţărilor este administrat pentru stabilizarea stării pacientului, în vederea stabilirii unui program terapeutic. Pacientul odată stabilizat, va putea beneficia de consiliere cât şi de orice alte tipuri de servicii accesibile.

- Doza la adulţi

Pacienţilor a căror toleranţă la opiacee nu este cunoscută li se administrează 20-40mg de trei ori pe săptămână, crescând doza cu 5-10mg dacă simptomatologia de sevraj persistă.

Pacienţilor cu toleranţă cunoscută la opiacee care sunt în tratament cu metadonă li se poate administra levomethadyl 80 mg de LAAM de 3 ori pe săptămână poate înlocui cu succes doza cotidiană de 30-100 mg de metadonă.

- Doza pediatrică

Nu se recomandă.

- Contraindicaţii

Reacţie de hipersensibilitate.

- Interacţiuni

Fenotiazine, inhibitori MAO, antidepresive triciclice, depresante SNC cresc toxicitatea LAAM.

- Sarcina

Contraindicaţii în timpul sarcinii nu au fost dovedite.

- Precauţii

Poate avea efect cardiotoxic, evidenţiat de alungirea intervalului QT, mai ales dacă este asociat cu alte substanţe psihic active.

Buprenorfină (Subutex). Agonist partial opioid şi puternic antagonist este un analgezic puternic care administrat o dată pe zi blochează simptomatologia de sevraj. O doză de 0,6-1,2 mg/zi de buprenorfină crescută la trei zile este superioară administrării timp de 5 zile de clonidină în controlul simptomatologiei de sevraj. Este propusă ca o alternativă la tratamentul de dezintoxicare şi de menţinere cu metadonă.

Administrată sublingual pentru tratamentul de dezintoxicare al dependenţei de opiacee produce efecte agoniste şi antagoniste pe receptorii μ. Efectul agonist este limitat de efectul de plafon (de exemplu, la o doză mai mare de 12-16mg nu se produce un efect analgezic mai intens). Produsul sublingual se numeste Subutex. Astfel 8mg administrate sublingual au efect comparabil cu 30-60 mg de metadonă administrată oral. În doze scăzute produce efecte morfin-like şi atinge efectul de plafon la aproximativ 12 mg.

- Doza la adulţi

Se administrează 12-16 mg/doză sublingual (SL) într-o singură priză în timpul fazei de inductie, apoi se poate continua cu buprenorfină şi naloxonă SL (Suboxone) în timpul fazei de menţinere.

- Doza pediatrică

Sub vârsta de 16 ani nu se administrează.

Peste vârsta de 16 ani se administrează în aceleaşi doze ca pentru adulţi.

- Contraindicaţii

Hipersensibilitate cunoscută.

- Interacţiuni medicamentoase

Fenotiazinele antagonizează efectul analgezic al agoniştilor opioizi. Antidepresivele triciclice, IMAO şi depresantele activităţii SNC pot potenţa efectele adverse ale buprenorfinei. Fiind metabolizată în norbuprenorfină de către CYP 450 3A4, inhibitorii acesteia (ex. Ketoconazol, eritromicina, ritonavir, indinavir) îi pot creşte nivelul seric.

- Sarcina

Contraindicaţii ale buprenorfinei în timpul sarcinii nu au fost evidenţiate.

- Precauţii

În administrarea în disfuncţiile hepatice şi renale, bolile pulmonare, boli ale tractului biliar sau tulburări neurologice; poate precipita sindromul de abstinenţă la pacienţii care sunt dependenţi de narcotice; poate determina creşterea pulsului şi a tensiunii arteriale.

Buprenorfină şi Naloxonă (Suboxone). Se administrează SL în tratamentul de dezintoxicare al dependenţei de opiacee, succedând inducţiei cu buprenorfina SL. Conţine atât buprenorfina cât şi naloxona. Naloxona a fost adaugată produsului cu scopul de a impiedica toxicodependenţii să transforme comprimatele de buprenorfina şi să le administreze i.v.

- Doza la adulţi

Doza va fi ajustată progresiv cu 2-4 mg până la o doză ţintă de 16mg. Ajustarea se face pornind de la cea mai mică doză care poate reduce simptomatologia de sevraj, doza medie fiind de 4-24mg/zi.

- Doza pediatrică

Sub vârsta de 16 ani nu se administrează.

Peste 16 ani se administrează în aceleaşi doze ca şi la adulţi.

- Contraindicaţii

Reacţie de hipersensibilitate.

- Interacţiuni medicamentoase

Creşte toxicitatea altor depresante SNC (ex. barbiturice, benzodiazepine).

- Sarcina

Contraindicaţii ale compusului buprenorfină - naloxonă nu au fost evidenţiate.

- Precauţii

În caz de disfuncţii hepatice şi renale, boli pulmonare şi ale tractului biliar, tulburări neurologice sau vârsta înaintată; poate precipita simptomatologia de sevraj la pacienţii dependenţi de opiacee (prin efectul antagonist); poate provoca scăderea pulsului sau a tensiunii arteriale.

Metadonă – interacţiuni medicamentoase

Utilizată în clinică de peste 35 de ani, metadona administrată oral s-a dovedit a fi bine tolerată, cu reacţii adverse minime.

În cazul interacţiunilor medicamentoase, acţiunea metadonei în organism este modificată în sensul creşterii sau scăderii, de prezenţa concomitentă a altor medicamente.

În ultima perioadă de timp farmacoterapia a devenit din ce în ce mai complexă datorită introducerii a noi medicamente, care pot determina importante interacţiuni medicamentoase.

Astfel există câteva potenţiale interacţiuni cu metadonă rezultate ca urmare a prescrierii altor substanţe, medicamente sau consumului de droguri ilegale. Aceste interacţiuni pot modifica efectul terapeutic. Cea mai mare parte a medicamentelor reprezintă particule străine organismului uman şi sunt metabolizate în molecule care pot fi uşor eliminate. O primă etapă a

metabolizării presupune acţiunea enzimelor cytocromului P450 (CYP), care facilitează aceste reacţii. Aceste enzime acţionează ca un mecanism protector cu rolul de a face faţă unui număr din ce în ce mai crescut de factori chimici, toxine alimentare şi medicamente din mediul înconjurător.

Sunt descrise mai mult de 28 CYP enzime, fiecare având roluri bine stabilite. Astfel, CYP 3A4 şi CYP 2DC sunt importante în metabolismul metadonei. Enzimele CYP se află în principal în ficat, dar pot fi prezente şi în alte organe.

Unele medicamente au efect inhibitor asupra enzimelor CYP şi determină încetinirea metabolismului substanţelor străine organismului, având ca rezultat creşterea nivelului şi a efectelor toxice ale acestora. Altele au efect stimulator, determinând accelerarea activităţii enzimelor CYP şi scăderea nivelului, a efectelor toxice adverse, dar şi a efectelor terapeutice ale medicamentelor (în cazul nostru, metadona).

Metabolismul Metadonei

Metadona este absorbită cu usurinţă şi rapiditate, 80% din doza administrată trece în sânge în timpul stabilizării în tratamentul de menţinere cu metadonă, restul se metabolizează în tractul gastrointestinal şi în ficat; absorbţia se realizează în proporţie de 35-100%.

Metadona se administrează oral, sub trei forme: lichidă, tablete solide, tablete dispersabile, toate acestea având aceeaşi rată de metabolizare şi absorbţie. Reacţia pacienţilor la tratament poate fi diferită în funcţie de multipli factori psihosociali şi nu depinde de proprietăţile fizice ale formei de administrare.

Metadona este metabolizată în principal de CYP 3A4, secundar de CYP 2D6 şi în măsură mai mica de CYP A2 şi de alte enzime adiţionale care sunt în studiu.

Aceste enzime sunt active şi în tractul gastrointestinal, iar metabolismul metadonei începe imediat după ce medicamentul intră în circulaţia sanguină.

Rolul enzimelor P450 în metabolizarea metadonei	
CYP 3A4	Rolul principal
CYP 2D6	Rolul secundar
CYP 1A2, CYP 2C9,CYP C19	Posibil implicate
CYP 2B6	Propuse recent

O altă proteină cu rol în metabolizare este glicoproteina P care se află în intestin şi alte ţesuturi. Această substanţă acţionează ca o pompă, transportând metadona afară din celule prin peretele intestinal şi înapoi în lumen. Astfel, o parte din metadonă este absorbită de intestin şi pompată înapoi înainte de intrarea în circulaţie.

Medicamentele care stimulează activitatea enzimelor implicate în metabolismul metadonei pot accelera descompunerea ei, reducând durata efectelor şi nivelul seric al metadonei şi putând astfel precipita sindromul de abstinenţă. Înhibarea enzimelor CYP reduce metabolismul metadonei, crescând nivelul seric al metadonei (NSM), extinzând durata efectelor sale şi determinând efecte toxice cum ar fi sedarea şi depresia respiratorie.

Factorii genetici pot acţiona asupra enzimelor afectând metabolismul metadonei. De exemplu, CYP 2D6 este absent la un mic procent al populaţiei, rezultând creşterea sensibilităţii la efectele

metadonei; unele persoane prezintă o activitate crescută a acestei enzime şi metadona este rapid metabolizată.

Variabilitatea prezenţei şi activităţii enzimelor CYP explică nivelul seric al metadonei care poate varia chiar şi în absenţa interacţiunilor dintre substanţe; unele persoane pot metaboliza mai repede, altele mai încet metadona.

În cazul interacţiunilor medicamentoase apare problema sub- sau supra- dozării metadonei.

Atunci când se prescrie metadonă şi altă medicaţie asociată, timpul scurs de la administrare până la apariţia semnelor şi simptomelor depinde de implicarea enzimelor stimulatoare sau inhibitoare. Reacţiile de supra-dozare apar în câteva zile şi se datorează enzimelor inhibitoare. În contrast, enzimele CYP stimulatoare por determina simptomatologie de sevraj în câteva săptămâni sau chiar mai mult.

Dacă se întrerupe administrarea de medicamente care înhibă enzimele CYP, nivelul seric al metadonei scade în zilele următoare ceea ce necesită creşterea dozei de metadonă. Astfel, dacă o enzima CYP stimulatoare acţionează discontinuu, nivelul seric al metadonei poate creşte până la atingerea nivelului toxic.

Unele interacţiuni metadonă-medicamente pot afecta în mod dramatic funcţionarea organismului. De exemplu, efectul aditiv determinat de metadonă combinată cu alte depresante SNC poate determina hipotensiune, sedare, depresie respiratorie, comă.

Alt concept se referă la efectul metadonei asupra ritmului cardiac şi al rolului comedicaţiei în apariţia aritmiilor cardiace.

Metadona acţionează eficient, când este administrată în doze corespunzătoare (Leavitt 2003). Trebuie să avem în vedere următoarele:

- Deşi medicamentele pot interacţiona între ele, acest fenomen nu este obligatoriu să apară;
- Dacă un pacient răspunde necorespunzător sau nefavorabil la metadonă – prin semne sau simptome de sub- sau supra– doză vom face o anamneză comportamenteletă a acestuia în ceea ce priveşte consumul de alte substanţe;
- Când o interacţiune este suspectată, se poate recomanda ajustarea dozei sau înlocuirea medicamentului asociat.

Următoarele tabele conţin medicamentele care trebuie evitate în cazul tratamentului cu metadonă, care îi pot creşte sau diminua efectele, sau care îi pot modifica metabolismul.

Medicamente care sunt contraindicate în tratamentul cu metadonă **(Pot precipita sindromul de sevraj)**			
Numele	Exemple	Acţiune	Observaţii
Buprenorfina, butorphanol, dezocine, nalbuphin, pentazocina	Buprenex, Subutex, Suboxone, Stadol, Dalgan, Nubain, Talwin	Analgezice cu slabă activitate opioid-antagonistă	Poate deplasa metadona de pe receptorii μ opioizi determinând apariţia sevrajului.
Antagonişti ai opiaceelor –naltrexona, nalorfina nalmefene, naloxona.	Depade, ReVia, Revex, Narcan	Tratamentul supradozei de heroina, a alcoolismului, blocarea sau anularea efectelor opioide	Poate deplasa metadona pe receptorii μ opioizi determinând un puternic sevraj.
Tramadol	Ultram	Analgezice sintetice	Poate determina sevraj la cei care iau opiacee.

Medicamente care pot modifica metabolismul metadonei			
Benzodiazepine-alprazolam, alorazepate, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam	Xanax, Tranxene, ProSom, Dalmane, Versed, Halcion	Sedative	Poate determina depresia SNC
Cannabis	Marijuana, haşiş	Agent psihotropic	Interacţiune care se datorează CYP 3A4 .
Didanosine	Videx	Inhibitor nonnucleozid al revers transcripdazei(INRT) antiretroviral	Scade concentraţia metadonei.
Dextrometorfan	Robitusin, Vicks, Delsym, Touro DM		Creşterea nivelului/ efectelor dextrometorfanului.
Alfa Interferon-ribavirina	Rebetron	Tratamentul hepatitei cu virus C	Efectele adverse pot diminua sevrajul şi doza de metadonă trebuie adesea crescută.
Inhibitori ai monoaminei oxidazei	Nardil, Parnate	Antidepresive	Potenţiale efecte adverse în administrarea concomitentă cu metadonă.
Nifedipina	Procardia, Vicodin, Sublimaze,Demerol, Duramorph, Darvon, Contin	Medicaţie cardiacă	Creşterea nivelului nifedipinei.
Opiacee- alfentanil, hydrocodone, fentanyl, meperidină, morfină oxycodonă, propoxifene	Alfenta, Vicodin, Sblimaze, Duramorph, OxyCOntin, Darvon	Analgezice	Metaboliţii meperidinei şi ai propoxifene pot atinge niveluri toxice.
Stavudine (d4T)	Zerit	INRT, antiretroviral	Scăderea concentraţiei d4T, fără efect pe metadonă.
Antidepresive triciclice: amitriptilina, desipramina, imipramina, nortriptilina	Elavil, Norpramin, Tofranil, Pamelor	Antidepresive triciclice	În administrare cu metadona creşte toxicitatea antidepresivelor triciclice.
Zidovudine (AZT)	Retrovir, combinatii AZT	INRT, antiretroviral	În administrare cu metadona creşte concentraţia AZT cu 40% şi efectele adverse ale AZT.

Medicamente care pot diminua nivelul seric sau efectele metadonei			
Numele	Exemple	Acţiune	Observaţii
Abacavir (ABC)	Yiagen	INRT, antiretroviral	Scade nivelul metadonei, reduce rata, concentraţia ABC
Amprenavir	Agenerase	PI antiretroviral	Enzimele CYP4A4 stimulatoare pot scădea nivelul metadonei. Amprenavir poate fi redus.

Barbiturice- butabarbital, mefobarbital, Fenobarbital, Pentobarbital	Butisol, Mebaral, Nembutal, Fenobarbital, Seconal	Barbiturice sedative şi hipnotice	Inhibitor al enzimei P450, fenobarbitalul poate determina scăderea nivelului seric al metadonei.
Carbamazepina	Atretol, Tegretol	Anticonvulsivant, în epilepsie, nevralgia de trigemen, ortotimizant în tulburările afective	Enzima inductoare CYP3A4 poate determina sevraj, efect care nu a fost descris pentru valproat.
Cocaina	Crack, coke	Stimulent ilegal	Accelerează eliminarea metadonei.
Dexametazona	Decadron, hexadrol	Corticoid	Stimulează enzima CYP 3A4.
Efavirenz	Sustiva	INNRT antiretroviral	Datorită enzimei CYP 4A4, sevrajul la metadonă este comun şi necesită creşterea dozei.
Etanol	Vin, bere, whisky	Euforic, sedativ	Stimulează enzima P450
Acid fusidic	(steroid sistemic)	Antibacterial	Stimulează enzima CYP 3A4.
Heroina	Smack, scat	Opioid ilegal	Scăderea fracţiei libere a metadonei.
Lopinavir, ritonavir	Kaletra	PI antiretroviral	Simptomatologia de sevraj poate să apară, determinând necesitatea creşterii dozei de metadonă.
Nelfinavir	Viracept	PI antiretroviral	Stimuleaza CYP 3A4 şi PgP, dar simptomato logia de sevraj este rară.
Nevirapine	Viramune	INNRT antiretroviral	Stimulează enzima CYP 3A4 care poate precipita sevrajul la opiacee.
Fenitoin	Dilantin	Controlul crizelor comiţiale	Scăderea metadonei datorită stimulării enzimei CYP3A4.
Rifampicina, izoniazida	Rifadin, Rimactane, Rifamate	Tratamentul tuberculozei pulmonare	Stimulează enzimele P450: producând un sevraj sever. Aceste efecte nu sunt vizibile în cazul rifabutinului.
Spironolactona	Aldactone	Diuretic	Stimulează CYP 3A4 .
Tutun		Fumat	Cele mai multe dintre rapoarte indică reducerea eficienţei metadonei.
Acidifianti urinari (ex. acid ascorbic)	Vitamina C (în doze mari): K-Phos	Păstrează calciul solubil	Metadona este excretată mai rapid.

Medicamente care pot creşte nivelul seric şi / sau accentuează efectele metadonei			
Denumirea generică	Exemple	Acţiune	Observaţii
Cimetidina	Tagamet	H2-receptori antagonişti pentru tulburările gastro-intestinale.	Inhibitor al enzimei P450
Ciprofloxacin	Cipro	Quinolonă	Inhibitor al enzimelor CYP3A4 şi / sau CYP1A2.
Delavirdina	Rescriptor	INNRT antiretroviral	Efectul anticipat datorită inhibării enzimei

			CYP3A4.
Diazepam	Dizac, Valium, Valrelease	Controlul stresului şi anxietăţii	Mecanism nedeterminat şi efect sporadic.
Dihidroergotamină	D.H.E. Migranal	Tratamentul migrenelor	Inhibarea enzimei CYP3A4.
Disulfiram	Antalcool	Tratamentul alcoolismului	Sedare - la doze mari de disulfiram .
Fluconazol	Diflucan	Antibiotic anti-fungic	Inhibarea enzimei CYP3A4; creşte nivelul metadonei; semnificaţie clinică nesigură.
Grapefruit	Suc sau fructul întreg	Aliment	Inhibă CYP3A4 intestinal şi PgP. Acest efect nu este de aşteptat la alte fructe/sucuri.
Ketoconazol	Nizoral	Agent anti-fungic	Anticipat datorită inhibării enzimei CYP3A4.
Antibiotice macrolide: - eritromicină - claritromicină	EES, Erythrocin, Biaxin	Anti-infectioase	Anticipate datorită inhibării puternice a enzimei CYP3A4. Efectele cardiace şi metabolice nu sunt de aşteptat la azitromicină.
Moclobemide	Aurorix, Manerix	Inhibitor MAO (antidepresiv)	Aşteptat, datorită inhibării enzimelor CYP2D6 şi/sau CYP1A2.
Suplimente nutritive uncaria tomentosa, matricaria recutita, echinaceea angustifolia, hydrastis canadensis, quercetin	Cat's claw, Chamomile, Echinacea, Goldenseal (pot fi ingrediente ale diferitelor produse)	Produse naturale, folosite în terapiile gastro-intestinale, întărirea sistemului imunitar şi altele.	Nu au fost studiate în mod specific cu metadona – posibil efect datorat inhibării puternice a enzimei CYP3A4.
Omeprazol	Prilosec	Tratamentul tulburărilor gastro-intestinale	În studiile pe animale, poate afecta absorbţia metadonei.
Antidepresive SSRI fluoxetina fluvoxamina paroxetina nefazodona sertralina	Prozac, Luvox, Paxil, Serzone, Zoloft	Tratamentul depresiei şi tulburărilor compulsive	Inhibarea variabilă a enzimelor CYP 2D6 (primar), CYP 3A4, CYP 1A2.
Troleandomicină	TAO	Antibiotic (similar eritromicinei)	Asteptat, datorită inhibării enzimei CYP 3A4.
Alcalinizanţi urinari (de exemplu, bicarbonat de sodiu)	Bicitra, Polycitra	Tratamentul calculilor renali, şi al gutei.	Alcalinizanţii urinari diminuează excreţia metadonei de către rinichi.
Verapamil	Calan, Covera-HS, Isoptin	Blocant al canalelor de calciu	Efectul anticipat este datorat inhibării enzimei CYP 450.
Avertisment: Creşterea acută a concentraţiei nivelului seric al metadonei poate produce semne / simptome importante sau chiar supradoză. Datele recente sugerează că la indivizii susceptibili, nivelul crescut al metadonei – singur sau în combinaţie cu alte medicamente şi/sau factori de risc cardiac – pot contribui la apariţia tulburărilor cardiace de repolarizare.			

Sevrajul toxicomaniilor asociate

Mai multe studii făcute în Franţa şi Statele Unite au arătat că între jumătate şi trei sferturi din persoanele dependente de opiacee folosesc şi alţi produşi, cu precădere benzodiazepinele şi alcoolul, dar şi cannabis, antalgice, amfetamine, metamfetamina, cocaina. Fără a atinge probabil aceste procente, frecvenţa polidependenţei este în creştere, în ultimii ani, în ţara noastră. O asociere medicamentoasă mult folosită în Bucureşti de tineri dependenţi de heroină, mai ales atunci când nu reuşesc să-şi procure doza necesară, este Glutetimid şi Codeina, la care se poate adauga Diazepamul, uneori în doze neaşteptat de mari. Este bine stabilit faptul că starea de bi sau pluridependenţa este un factor prognostic peiorativ al eficienţei tratamentelor specifice de dezintoxicare.

Datele ştiintifice şi terapeutice sunt bine stabilite pentru a realiza dezintoxicarea la o singură substanţă (opiacee sau benzodiazepine sau alcool). Studiile privind asocierile de substanţe din politoxicomanii sunt mult mai puţin numeroase şi riguroase. În aceste situaţii, experienţa practicienilor devine determinantă.

Sevraj la benzodiazepine

Efectele căutate de către pacienţi în cazul benzodiazepinelor sunt în principiu de 3 tipuri:

- Un efect pozitiv de întărire a efectului euforizant şi dezinhibitor produs de opiacee. Pacienţii ingerează doze echivalente a 20-100 mg Diazepam, înainte sau după doza de heroină, şi asta de mai multe ori pe zi.
- Un efect substitutiv, care vizează să prevină sau să limiteze efectele secundare ale opiaceelor, mai ales semnele de sevraj de tipul anxietăţii şi depresiei.
- Efecte paradoxale provocate de asocierea flunitrazepamului sau alprazolamului în doze de 10-30 mg cu alcoolul, cum ar fi ridicarea inhibiţiilor, sentimentul de omnipotenţă, putându-se ajunge la acte violente, urmate de o amnezie lacunară.

Există mai multe modalităţi de sevraj la benzodiazepine şi ele ar trebui să fie alese în funcţie de molecula consumată. Cele 12 molecule diferă între ele prin timpul de înjumătăţire, ce variază în proporţie de 1 la 50. Eliminarea totală a unuia sau altuia dintre produşi se poate face rapid, sau poate dura chiar mai mult de 10 zile.

Toate protocoalele terapeutice exclud sevrajul brutal, fără substituţie datorită necesităţii etice şi clinice de a preveni sau atenua simptomatologia de sevraj, care poate fi importantă, uneori punând chiar în discuţie prognosticul vital.

Semnele de sevraj apar după o perioadă de abstinenţă de 1-10 zile, iar intensitatea lor este invers proporţională cu semi-viaţa benzodiazepinei respective în organism.

Trei mari modalităţi de dezintoxicare sunt actualmente propuse:

- Reducerea progresivă a dozei cotidiene cu 25%, pe paliere medii de 3 zile, utilizând benzodiazepina de referinţă, până la oprirea totală. Criteriul de supraveghere va fi apariţia semnelor de sevraj, care va duce la prelungirea duratei palierului până la regresia lor, înainte de a continua diminuarea dozelor. Această modalitate este utilizată mai ales în dependenţele de doze mari dintr-o singură benzodiazepină, cum ar fi flunitrazepamul şi alprazolamul şi necesită o perioadă de timp adesea îndelungată, de mai multe săptămâni.
- Substituirea cu o benzodiazepină cu timp de înjumătăţire lung, în doză suficientă pentru a preveni instalarea sevrajului, apoi reducerea progresivă a dozelor până la oprirea totală.

- Substituţia cu fenobarbital. În acest caz, benzodiazepinele se opresc brusc şi se administrează fenobarbital, în doză maximă de 600 mg / zi. După o perioadă de stabilizare, doza cotidiană se diminuează cu 30-60 mg pe etape de 2-3 zile. Durata curei este cuprinsă între 14-21 de zile.Această metodă este frecvent folosită în cazul consumului simultan a mai multor tipuri de benzodiazepine.

Sevraj la alcool

În cazul alcoolului, modalităţile de dezintoxicare nu sunt specifice consumatorului de opiacee. Ele sunt numeroase şi fac apel la chimioterapie, cel mai adesea la benzodiazepine cu timp de înjumătăţire crescut.

Pentru dezintoxicarea polidependenţelor complexe, cum ar fi opiacee – benzodiazepine – alcool, sau opiacee – cocaina – amfetamine, nici unul dintre tratamentele farmacologice încercate nu s-a dovedit eficient, în aşa fel încât să poata fi recomandat.

Sevraj şi depresie

Numeroşi autori sunt de acord să afirme că, în general, profesioniştii subevaluează depresia consecutivă dezintoxicării şi/sau o tratează în mod inadecvat.

Este important de cunoscut că sevrajul poate favoriza apariţia simptomatologiei depresive şi această dimensiune merită să fie explorată în mod sistematic.

Abordarea relaţională

Toţi cei care se ocupă de detoxifiere pun accentul pe necesitatea construirii unei relaţii particulare cu persoana dependentă de opiacee. Deşi nu există consens asupra folosirii unei anume tehnici de psihoterapie, două idei sunt unanim recunoscute:

- Necesitatea empatiei din partea terapeutului. Acesta trebuie de altfel să fie format în aşa fel încât să facă faţă comportamentului rejetant sau seducător al pacientului, ca şi nenumăratelor tentative de manipulare.
- Avantajele unei terapii de familie. Chiar dacă scopul imediat nu este dezintoxicarea, un obiectiv prioritar rămâne reamenajarea relaţiilor de familie.

Situaţii particulare

Graviditatea

Femeia însarcinată, dependentă de substanţe psihic active, solicită adesea dezintoxicarea. Două întrebări apar în mod recurent:

- Este sevrajul periculos pentru făt?
- Este sevrajul posibil?

Principalele opiacee pentru care se poate pune problema substituţiei sunt:

- Heroina
- Produşii utilizaţi în cadrul programelor de substituţie (metadona, buprenorfina)
- Derivaţii de codeină
- În rare cazuri, derivaţii morfinici

a) Este sevrajul periculos pentru făt?

Sindromul de sevraj la adultul dependent de opiacee nu reprezintă un risc vital.

În timpul sarcinei, el se însoţeste de un important stres fetal, putând provoca moarte fătului.

În 1973, the Food and Drug Administration a decis că toate femeile însărcinate, aflate în programe de menţinere pe metadonă ar trebui dezintoxicate în maximum 21 de zile. S-a renunţat repede la această hotărâre, după ce s-au raportat cazuri de mişcări fetale intrauterine rapide şi de moarte fetală intrauterină.

Se consideră acum că, în cazul femeilor însărcinate, diminuarea sau oprirea consumului de opiacee se poate face doar cu precauţii extreme. Mai mult, utilizarea antagoniştilor (Naltrexonă, Naloxonă) este în mod formal contraindicată, cu unica excepţie atunci când viaţa mamei este în pericol.

Noţiunea de periculozitate a sevrajului este constant întâlnită în literatură, chiar dacă nu a fost demonstrată decât parţial. Putem cu uşurinţă înţelege lipsa argumentelor ştiintifice incontestabile: nimeni nu s-a putut gândi serios să studieze în vivo impactul sevrajului la opiacee asupra fătului uman. Totuşi studiile pe animale întăresc opinia că sevrajul generează cel puţin suferinţă fetală.

În această perspectivă, tratamentul de menţinere pe metadonă, pe termen lung, îşi capătă deplina importanţă.

b) Este sevrajul posibil?

Gândind problema dezintoxicării în termeni de risc/beneficiu, mai ales pentru copilul ce se va naşte, obstetricienii sunt mai mult decât reticenţi: risc de moarte fetală în uter, risc de recădere a toxicodependenţei pe perioada sarcinei, lipsa oricărui criteriu predictiv al beneficiului sevrajului asupra capacităţii de a se mentine abstinenţa după naştere, sau asupra relaţiei mamă-copil. Este absolut contraindicată dezintoxicarea în primul trimestru de sarcina (risc major de avort). Cea mai puţin rea perioadă pentru încercarea de detoxifiere, pare a fi al doilea trimestru de sarcină. Din punct de vedere tehnic, se preconizează nu un sevraj brutal (periculos pentru mamă şi făt) ci o substituţie lent degresivă cu metadonă, sau poate şi mai bine cu sulfat de morfină, în mediu spitalicesc şi sub control obstetrical.

Dezintoxicarea nu ar trebui luată în considerare decât:

- La cererea explicită şi insistentă a viitoarei mame;
- În absenţa posibilităţii unui tratament corect de substituţie cu metadonă.

Mai rămân oare indicaţii de detoxifiere la femeile însărcinate dependente de opiacee?

Este util de reamintit că această problemă nu se pune decât pentru femeile care nu reuşesc singure să-şi stabilizeze consumul din momentul în care se ştiu însărcinate. Punem în discuţie, deci, femeile cu dependenţă severă, care cunosc caracterul nefast pentru copil a continuării intoxicării, se simt extrem de culpabile, dar nu sunt în măsură să schimbe situaţia. Într-un astfel de context, imensa majoritate a autorilor este extrem de sceptică asupra posibilităţii acestor femei de a-şi mentine în mod durabil abstinenţa, chiar şi după o dezintoxicare făcută la insistenţele lor şi corect condusă.

În Statele Unite, unde metadona este disponibilă de 40 de ani, nu există nici o referinţă despre posibile indicaţii ale dezintoxicării la femeia gravidă, dependentă de opiacee. Unica indicaţie de sevraj care subzistă, este cererea insistentă a pacientei care refuză tratamentul cu metadonă, sau necesitatea de a diminua dozele de metadonă, mai ales la femeile care dorec să alăpteze.

Concluzii :

În afara unei dorinţe „sălbatice" a pacientei de a fi abstinentă când naşte, foarte rar urmată de reuşită, nu există nici un motiv de a propune dezintoxicarea în cazul femeii însărcinate, dependentă la opiacee; iniţierea unui tratament de substituţie este de departe cea mai bună solutie. Refuzul practicianului de a se angaja într-o modalitate terapeutică riscantă şi cel mai adesea sortită eşecului, protejează viitoarea mamă, în mod legitim preocupată de sănătatea copilului ce se va naşte, de culpabilitatea ce ar fi generată de eşecuri repetate. Banalizarea tratamentului de substituţie facilitează dialogul cu femeia însărcinată, care nu trebuie să considere că beneficiază de un tratament cu totul deosebit. În cazul în care ea persistă în dorinţa de abstinenţă, nimic nu ne opreşte să-i propunem rediscutarea problemei după ce va fi născut: *începerea unei dezintoxicări nu este niciodată o urgenţa!*

Încarcerarea

Sunt numeroşi consumatorii de heroină, care în fiecare an ajung în închisoare, pentru o durată variabilă, în medie de mai multe luni. Încarcerarea devine punctul de pornire al unui sevraj pe care nimeni nu-l doreşte şi nu-l solicită, cel mai adesea fără supraveghere medicală. Acest sevraj brutal şi dureros, care uneori incită la consumarea de substanţe psihic active în închisoare, este nu numai ineficient, dar chiar şi periculos. Reluarea conduitei toxicomaniace la ieşirea din închisoare este cvasi-constantă şi, în plus, creşte semnificativ riscul de deces prin supradoză.

Este recomandabilă acordarea unei atenţii particulare persoanelor încarcerate, dependente de substanţe psihic active. Oferirea unei dezintoxicări medicalizate sau a oricarei forme de îngrijire ar trebui să fie posibilă şi să fie integrată într-un proiect medical efectiv, care să permită cu regularitate reevaluarea atitudinii adoptate.

Minorii

În ultimii ani, asistăm la tendinţe îngrijorătoare: drogurile sunt tot mai accesibile în anumite medii, numărul de consumatori este în creştere, iar vârsta lor în continuă scădere. Începem să realizăm că ne confruntăm cu o problemă de sănătate publică, mai ales în condiţiile în care costul economic şi social al consumului de substanţe de către adolescenţi este din ce în ce mai bine înţeles. Debutul dependenţei apare la vârste tot mai mici, rezultând tot mai mulţi adolescenţi în tratament, cu carenţe în dezvoltare şi poate chiar neurologice tot mai mari; alte consecinţe ale folosirii substanţelor psihic active (inclusiv alcoolul) sunt: accidente de trafic, delincvenţă, comportament sexual riscant, diferite tulburări psihiatrice.

Consumatorii foarte tineri sunt diferiţi de adulţi sub multe aspecte. Problema lor de drog sau alcool poate să apară din alte cauze şi au dificultăţi chiar mai mari pentru a proiecta în viitor consecinţele nefaste ale comportamentului lor.

În tratament, adolescenţii trebuie abordaţi în mod diferit faţă de adulţi datorită nivelului lor de dezvoltare cognitivă, specificităţii sistemului lor de valori şi de credinţe şi a unor consideraţii legate de mediu (ca de exemplu, puternica influenţă pe care o exercită asupra lor grupul de egali). Din punct de vedere fizic, adolescenţii tind să fie mai fragili, cu greutate corporală mai mică şi toleranţă mai mică fiind în pericol la doze comparativ mai mici de drog sau alcool. Folosirea substanţelor poate de asemeni să compromită dezvoltarea mentală şi emotională a adolescentului către adult, interferând cu procesele de învăţare şi cu modul de stabilire a relaţiilor interumane.

Procesul terapeutic ar trebui să fie strict individualizat, nuanţându-se în funcţie de experienţa, nivelul cognitiv, dezvoltarea emotională, fizică, socială şi morală a fiecăruia. Înţelegerea tuturor acestor aspecte, ajută terapeutul să înţeleagă de ce adolescentul foloseşte substanţe şi modul în care substanţa poate deveni parte integrantă din identitatea lui.

Fără a ţine cont de specificitatea modelelor folosite în tratamentul tinerilor, câteva puncte comune pot fi subliniate:

- În afară de vârstă, tratamentul trebuie să ţină cont de sex, etnie, eventuale disabilităţi, motivaţia pentru schimbare, condiţiile culturale.
- Un anume grad de întârziere în dezvoltarea cognitivă şi socio-emoţională este adesea asociată cu uzul de substanţe în adolescenţă. Terapeutul va trebui să identifice asemenea întârzieri şi legăturile lor cu performanţele şcolare, nivelul de autostimă sau interacţiunile sociale.
- Programele terapeutice sunt datoare să depună toate eforturile pentru implicarea familiei pacientului în tratament, datorită rolului său probabil în geneza problemelor şi a eventualelor posibilităţi de modificare a mediului de viaţă.
- Deşi în unele regiuni nu există programe de tratament pentru adolescenţi, integrarea acestora în programe de tratament pentru adulţi nu este o opţiune fericită. Când această situaţie chiar apare, sunt necesare precauţii speciale faţă de complicaţiile inerente ce vor ameninţa succesul terapiei.
- Numeroşi adolescenţi au fost obligaţi (explicit sau implicit) să înceapă un tratament. Această presiune coercitivă nu este în general favorabilă procesului de schimbare a comportamentului. Terapeutul ar trebui să fie sensibil la barierele motivaţionale faţă de schimbare, de la începutul tratamentului şi să utilizeze strategii de creştere a motivaţiei.

Alegerea tratamentului adecvat

Există variate grade de severitate a modului în care adolescentul foloseşte substanţa. Această severitate este unul dintre factorii importanţi care determină alegerea tratamentului, aşa cum sunt şi tulburările coexistente, factorii mediului familial şi de grup, stadiul mental şi emoţional de dezvoltare.

Este util de considerat folosirea substanţei ca un continuum cu şase repere:

- *Abstinenţa*
- *Uz:* Folosirea substanţei minimală sau ocazională cu consecinţe minimale
- *Abuz:* consum regulat, cu consecinţe mai numeroase şi mai severe
- *Dependenţa:* folosirea regulată a substanţei, o lungă perioadă de timp, cu consecinţe severe şi stabile
- *Recuperare:* întoarcere la abstinenţă, cu perioade de recădere şi repetare a acestui ciclu
- *Abstinenţa secundară*

Intervenţiile terapeutice se situează într-un continuum, având la o extremă consilierea minimală ambulatorie şi la cealaltă extremă tratamentul rezidenţial pe termen lung. Atunci când se decide indicaţia unui anume tratament, toate posibilităţile trebuiesc luate în calcul. Oricare ar fi răspunsul terapeutic la problemele adolescentului consumator de substanţe, acesta trebuie să fie corespunzător faţă de severitatea dependenţei. Cum nu există criterii explicite, serviciile ce oferă tratament intensiv ar trebui să fie rezervate tinerilor cu semne clare de dependenţă, cu consecinţe negative multiple în plan personal şi social şi care au făcut dovada inabilităţii de a opri sau controla folosirea substanţei.

În mod orientativ, următoarele criterii pot fi folositoare în alegerea tipului şi nivelului de tratament:

- După evaluarea pacientului, practicianul va alege cel mai intensiv nivel de tratament, chiar dacă acesta este indicat de unul singur dintre criteriile de evaluare.
- În situaţiile în care nivelul de tratament dorit nu este disponibil, este de preferat să se indice adolescentului un nivel superior.
- Evaluarea este un proces continuu. Deciziile privind nivelul de îngrijire ar trebui să se bazeze pe progresele făcute de adolescenţi şi pe schimbările ce apar în mediul lor de viaţă. În funcţie de aceste schimbări, pacienţii ar trebui să aibă posibilitatea de mişcare înainte şi înapoi de-a lungul sistemului continuu de tratament.
- Cei ce stabilesc indicaţia de tratament, au datoria să cunoască în profunzime serviciile disponibile, calitatea şi intensitatea lor.
- Adolescenţii deplasându-se dintr-un program în altul, în funcţie de progresele realizate şi/sau schimbări ale mediului lor de viaţă, reevaluarea trebuie să fie completă de fiecare dată iar informaţia trebuie sa fie accesibilă tuturor celor ce furnizează servicii.

Detoxifierea

Deşi apariţia sindromului de sevraj este mai rară la adolescenţi decât la adulţi, acest nivel de îngrijire poate fi indicat de circumstanţe psihosociale, caracteristici individuale sau istoric de polidependenţă cu asocierea de substanţe ce dau sevraj cu risc vital (ex: opiacee, benzodiazepine, barbiturice). De obicei, dezintoxicarea propusă este de scurtă durată, 3-7 zile de internare în secţie închisă, cu monitorizare medicală continuă şi tratament medicamentos pentru simptomatologia de sevraj. Echipa terapeutică trebuie să aibă calificarea corespunzătoare şi să fie condusă de către un medic cu experienţă. Este indicată pentru adolescenţii cu multiple probleme, inclusiv cei cu dublu diagnostic sau cei care necesită reabilitare.

În mod evident şi în cazul adolescenţilor, dezintoxicarea nu reprezintă decât o verigă a lantului terapeutic. Ea va fi urmată de postcură, fie ambulatorie fie rezidenţială. Atunci când este necesar tratamentul rezidenţial, care include printre obiectivele sale reabilitarea psihosocială (comunităţi terapeutice), durata sa poate fi de la 30 de zile până la 1 an.

Indiferent de durata unui program terapeutic, întoarcerea tânărului în familie, în mediul său de viaţă, în grupul de prieteni este o perioadă de risc maxim pentru recădere. Din acest motiv, orice formă de tratament ar trebui să includă o modalitate de continuare a îngrijirilor şi de suport, cum ar fi grupurile periodice de prevenire a recăderilor.

CE INGRIJIRI URMEAZA DUPA DEZINTOXICARE?

După dezintoxicare, îngrijirile necesare nu se pot defini altfel decât pe termen lung. Se pune problema ca subiectul să fie perceput în globalitatea sa, la nivel medical, psihologic şi social. Alegerea unei anume strategii este o operaţie delicată, care necesită întotdeauna, în prealabil, reevaluarea clinică riguroasă. Proiectul terapeutic implică o echipă pluridisciplinară, aflată într-o relaţie de alianţa terapeutică cu pacientul. Scopul este de a-i permite acestuia să-şi găsească sau să-şi regăsească autonomia şi libertatea psihică.

Recăderile sunt parte integrantă din procesul terapeutic. Ele sunt multiple şi de gravitate variabilă. Ele pot facilita înscrierea subiectului în procesul terapeutic global şi durabil, în măsura în care îl ajută să-şi conştientizeze dependenţa.

Frecvenţa recăderilor

Raportat la toxicomanie, termenul „recădere" implică reluarea mai mult sau mai puţin importantă a consumului de toxic, oricare-ar fi acesta. Tratamentul din timpul dezintoxicări va fi fost cu atât mai eficient, cu cât posibilitatea recăderilor a fost evocată şi pacientul pregătit să le accepte şi să le facă faţă, plasându-l astfel pe o traiectorie coerentă. Se pare că majoritatea recăderilor are loc într-un interval de timp inferior a şase luni de la atingerea abstinenţei. Dincolo de această perioadă, rezultatele studiilor efectuate sunt relativ stabile. Se afirmă, în general, că în primele 12 luni care urmează unei remisiuni, riscul de recădere este maxim. Printre cei care rămân abstinenţi minimum doi ani, aproape 90% vor fi abstinenţi şi la 10 ani, iar aceştia au probabilitate maximă de a fi abstinenţi şi la 20 de ani.

Procentul foarte mare de recăderi după dezintoxicare, nu trebuie în nici un caz să îndemne terapeutul spre abdicare. Într-adevăr, recăderea face parte din procesul de recuperare. Ea este adesea unicul răspuns pe care subiectul îl găseşte pentru a face faţă dificultăţilor. Terapeuţii au datoria să încerce să transforme recăderile pe care munca de prevenire nu le-a putut evita, în momente de maturizare a subiectului.

Astfel, ţinând cont de următoarele etape previzibile, echipa terapeutică va include în obiectivele sale:

- În primul rând, să înveţe pacienţii în mod concret să evite supradozele accidentale, legate de scăderea toleranţei după detoxifiere şi să evite contaminarea prin folosirea materialelor de injectare nesterile.
- Să diminueze dramatizarea şi culpabilitatea care succed în mod normal alunecărilor şi recăderilor.
- Să ajute pacientul să păstreze contactul cu terapeuţii săi, chiar şi în caz de recădere.

Întotdeauna, familia se simte rănită de aceste recăderi, trăite ca grave eşecuri. Este rolul terapeutului de a-i asculta suferinţa, de a o susţine şi de a o informa despre înalta incidenţă a recăderilor în istoria persoanei dependente. Este momentul de a explica familiei că scopul tratamentului nu este abstinenţa în sine, imediată şi totală ci o mai mare supleţe a funcţionării generale a subiectului, o creştere a posibilităţilor sale de a alege.

Comorbiditate somatică şi psihiatrică

Pacientul trebuie să beneficieze, cât mai curând posibil, în itinerariul său, de un examen somatic şi o evaluare psihopatologică; acestea vor fi completate după dezintoxicare şi tratamentele necesare, atât în plan somatic cât şi psihiatric şi vor fi puse în aplicare.

A) Afecţiuni somatice

Examenul somatic este axul principal al abordării subiectului, pentru că-l ancorează în realitate, permiţându-i conştientizarea propriului său corp în suferinţă. Preocuparea pentru aspectele somatice facilitează acţiunile de prevenire, mai ales cele legate de seroconversie şi de alcoolism. Această preocupare permite şi tratamentul patologiei legate în mod direct de absenţa de igienă din perioada de dependenţă.

După dezintoxicare, pacientul redescoperă durerea afecţiunilor somatice, care fusese anesteziată de opiacee (dureri dentare, ulceroase, sechele ale traumatismelor, etc.). aceste dureri trebuiesc reperate şi tratate cât mai precoce, pentru că sunt inductoare ale recăderilor. A-i reda subiectului o aparenţă corporală „favorabilă", stimulează îmbunătăţirea imaginei de sine şi reinserţia în social.

B) Tulburări psihiatrice

Studii americane evaluează, de-a lungul întregii vieţi, tulburările psihiatrice asociate dependenţei la opiacee la 84%, dependenţei la cocaina la 70%, faţă de evaluarea lor în populaţia generală, de 24%.

Aceleaşi studii arată că pacienţii dependenţi de opiacee prezintă:

- Un risc de tulburare afectivă de 5 ori mai mare ca în populaţia generală
- Risc de tulburare anxioasă de 3 ori mai mare
- Risc de personalitate patologică de cel puţin 24 de ori superior
- Risc pentru alcoolism de 13 ori mai mare.

a) tulburările de personalitate:

Două treimi din subiecţi prezintă tulburări de personalitate, în principal:

- Personalitatea antisocială, reflectând în plan clinic frecvente simptome depresive sau anxioase, intoleranţa la frustrare, înclinare mai curând spre acţiune decât spre reflexie, instantaneitatea dorinţei de a obţine satisfacţie. De notat lipsa sentimentelor de culpabilitate, a conştientizării greşelilor, nepăsarea faţă de sine şi faţă de periculozitatea actelor sale; toate acestea faciliteaza fie recăderea, fie instalarea unei stări depresive. În asemenea situaţii este util de enunţat cu claritate şi de respectat regulile contractuale ale terapiei, de a sancţiona orice tentativă de transgresiune, dar fără a rejecta pacientul.
- Personalitatea borderline, cu impulsivitate şi simptome depresive ce pot favoriza trecerea la act (mai ales tentative de suicid). Unul dintre riscuri este deplasarea dependenţei către alte toxice mai dezinhibitoare ca precedentele.
- Personalitatea narcisică, având tendinţa să manipuleze terapeutul, să ceară solicitudinea permanentă la care crede că are dreptul, să dorească o relaţie doar cu interlocutori excepţionali; pierderea unei imagini de sine stălucitoare şi „socialmente luminoasă" îi este intolerabilă.

b) tulburările dispoziţiei:

Tulburările dispoziţiei sunt cel mai frecvent asociate farmacodependenţei? Regăsim toate categoriile de depresie din clasificările internaţionale, ca şi mania (tulburarea afectivă bipolară). Nu există consens între raportul cauză – efect dintre toxic şi tulburarea afectivă; în orice caz, depresia pare a fi cu mult subestimată de către profesionişti şi deci insuficient tratată.

c) tulburările anxioase

Simptomele de anxietate îi fac pe subiecţi vulnerabili. Este important de făcut distincţia între ceea ce ţine de anxietate, în sens clinic şi simptomatologia de sevraj reziduală, fie ea fizică sau psihică; categoriile de anxietate cel mai frecvent intâlnite sunt fobiile sociale şi atacurile de panică, precedând, însoţind, sau urmând dezintoxicarea.

d) stările psihotice şi schizofrenia

În această situaţie, este util de precizat că stările psihotice pot preceda, complica sau însoţi toxicomania. În multe cazuri, consumul de opiacee serveşte la diminuarea intensităţii simptomelor şi la ameliorarea dispoziţiei depresive. Substanţa poate avea semnificaţia unei tentative de control asupra halucinaţiilor sau delirului; ea le poate reduce, le poate creşte sau poate îndepărta implicarea emoţională a subiectului.

Profesioniştii au datoria să caute, de-a lungul tratamentului, semnele de suferinţa psihică, de afecţiuni mentale, de tulburare de personalitate şi să le considere elemente cu important rol prognostic în destinul pacientului dependent de opiacee.

Modalităţi de îngrijire pe termen lung

Indiferent de forma de dezintoxicare, totală sau parţială, însoţirea pacientului pe termen lung trebuie să fie propusă. Patru puncte sunt de luat în considerare:

1 – Supravegherea medicală ţine cont de afecţiunile contractate în timpul perioadei de dependenţă cum ar fi hepatitele B sau C şi HIV. Acestea vor necesita un tratament şi/sau îngrijiri adecvate.

Analizele urinare periodice, pentru evidenţierea metaboliţilor opiaceelor permit supravegherea medicală a menţinerii abstinenţei sau a tratamentului de substituţie. Fără a fi vorba despre constrângere, pacientul poate urmări în timp atingerea propriilor obiective şi poate fi ajutat să elaboreze o strategie personală pentru ca probele să se negativeze. A-i arăta pacientului evoluţia rezultatelor dozajelor urinare şi indirect evoluţia consumului său de droguri, constituie un reper util în timp pentru atingerea obiectivelor sale de reducere a consumului sau de abstinenţă.

2 – Asistenţa socială constantă vizează restaurarea integrării sociale a pacientului. Evaluarea fiind făcută încă din momentul cererii de detoxifiere, se va încerca îndeplinirea obiectivului în această perioadă. Acţiunile în sfera socială, vor permite ajutorarea subiectului în demersurile sale administrative, fie ele legate de identitate, de accesul la îngrijiri medicale, la o locuinţă decentă sau la un loc de muncă corespunzător. Problema inserţiei sociale nu se pune în mod identic pentru toţi pacienţii. Ea acoperă mai multe realităţi:

Pentru persoanele cu dificultăţi sociale deosebite, prealabile sau consecutive consumului de droguri, inserţia profesională începe adesea printr-o formare, alfabetizare, terminarea şcolarizării, curs de calificare) sau prin obţinerea ajutorului social în caz de incapacitate majoră de a se putea înscrie într-un mediu profesional.

Pentru cei care posedă deja o calificare profesională, sunt de luat în calcul demersurile pe lângă potenţialii angajatori.

3 – Activitatea de educaţie, are scopul, folosindu-se de relaţie, dialog şi sfătuire activă de rezolvare a problemelor din viaţă de zi cu zi. Este indispensabilă învăţarea vieţii în societate, mai ales în ceea ce priveşte atitudinea faţă de bani.

4 – Susţinerea psihologică este necesară pe tot parcursul tratamentului. Prezenţa unui psihiatru consultant este recomandată. Familia ar trebui să aibă disponibilitate pentru a se implica în procesul terapeutic. Reamintim că existenţa unui puternic suport social este unul dintre principalii factori ce favorizează eficienţa tratamentului.

Nu trebuie să uităm că mediul de viaţă şi calitatea sa sunt primordiale la încheierea detoxifierii. În mod rezonabil, nu putem aştepta până în acest moment pentru a ne preocupa de mediul de viaţă.

În perioada imediat următoare dezintoxicării fizice şi în cadrul proiectului terapeutic, pot fi acordate îngrijiri specifice, sub forma unui sejur de tranziţie, de postcură, într-un mediu intermediar. Diferitele tipuri de structuri existente răspund unor nevoi specifice, nu sunt aplicabile în mod automat tuturor consumatorilor de droguri şi nu reprezintă o etapă absolut obligatorie prin care subiectul trebuie să treacă. Postcura şi supravegherea pe termen lung pot fi şi ambulatorii. În acest moment, nu există consens privind indicaţiile fiecărei structuri, sau eficienţa lor. În definitiv, multiplicitatea situaţiilor întâlnite, hazardul vieţii cotidiene, ne obligă la o permanentă reajustare, adaptare şi evoluţie a tratamentului oferit.

Încetarea supravegherii medicale se face în diferite moduri: cel mai adesea datorită pacientului, fără ca aceasta să însemne oprirea definitivă a tratamentului, uneori din cauza terapeutului şi în cazurile fericite de un comun acord.

În concluzie

În domeniul dependenţei de substanţe psihic active, spre deosebire de alte domenii ale sănătăţii sau comportamentale, cercetările nu sunt în general fundamentate de demersul epidemiologic şi raţionamentul statistic. Nu sunt numeroase lucrările ştiintifice referitoare la dezintoxicare şi modalităţile ulterioare de îngrijire. Sunt disponibile experienţele descrise de profesionişti. Rămân necesare evaluări metodologice bine conduse. Cu toate acestea, se pot degaja linii de forţă călăuzitoare, referitor la dezintoxicarea şi îngrijirile ce trebuie acordate după sevraj persoanelor dependente.

ANEXE

Definiţia toxicomaniei

Întâlnire între o anumită substanţă psihic activă, cu anumite particularităţi fizico-chimice şi mod specific de acţiune şi o persoană, cu o anumită zestre genetică şi trăsături de personalitate, ce are loc într-un context anume, socio-cultural.

Modele de înţelegere a toxicodependenţei

- **MODELUL CULPABILIZANT**
- **MODELUL VICTIMIZANT**
- **MODELUL MEDICAL**
- **MODELUL AUTOCONTROLULUI**
- **MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL**

Modelul culpabilizant (moralizator)

- Consumul de droguri este o caracteristică a oamenilor lipsiţi de caracter, slabi, răi, imorali, ticăloşi, fără voinţă;
- Abordarea dependenţei este focalizată pe învăţarea lucrurilor corecte din punct de vedere moral;
- Fiecare dependenţă este unică şi trebuie abordată în mod individual;
- Dependenţa este unidimensională: în evaluarea severităţii problemei trebuie să ne raportam doar la doze şi la frecvenţa consumului de drog;
- Distrugerea obişnuinţei este o chestiune de totul sau nimic;
- Tratament – educaţie sau pedeapsă
- Tratament de succes – abstinenţă totală

Modelul victimizant

- Consumul de droguri este rezultatul disfuncţiilor societăţii în care trăim.
- Persoana dependentă de droguri nu poate face nimic pentru a-şi schimba comportamentul, pentru că nu poate schimba societatea
- **Responsabilitatea aparţine în exclusivitate societăţii şi/sau familiei, prin:**
  - **Educaţie greşită**
  - **Lipsă de informare**
  - **Epoca de tranziţie cu probleme specifice**

- **Lipsuri financiare**
- **Discrepanţe fianciare**
- **Lipsa modelelor de urmat**
- **Inversiunea valorilor**
- **Lipsa de ocupaţie / timp liber**
- Insuficienţa locurilor de muncă
- Inegalităţi de tot felul, etc.

- Dependenţa este unidimensională
- Severitatea problemelor este dată de gradul de marginalizare socială
- Consumul de drog nu poate fi oprit în actualele condiţii de viaţă
- Acţiune:
  - clemenţă faţă de consum şi actele antisociale asociate consumului
  - măsuri de reinserţie socială
  - măsuri de reducere a riscurilor asociate consumului (schimb de ace, menţinere pe tratament de substituţie etc.)
- Consecinţe: deresponsabilizarea consumatorului de droguri

Modelul medical

- Dependenţa este un comportament psihopatologic, o boală;
- Dependenţa îşi are originile în procesele fiziologice, are cauze organice;
- Dependentul este victima unor cauze ce nu pot fi controlate;
- Dependenţa este un fel de boală în care pacientul nu poate face nimic, iar doctorul prescrie medicamente;
- Abordarea dependentului se concentrează pe tratarea cauzelor bolii;
- Dependenţa este unidimensională;
- Distrugerea obişnuinţei este o chestiune de totul sau nimic;
- Tratament de succes – abstinenţă totală.

Modelul autocontrolului

- Dependenţa este un comportament învăţat, raţional, funcţional;
- Dependenţa se bazează pe obişnuinţe maladaptative;
- Abordarea dependenţei se centrează pe funcţia dependenţei;
- Dependenţa este doar un obstacol mare; oamenii pot să depăşească acest obstacol atunci când îşi folosesc cunoştiintele şi experienţa;
- Dependentul este capabil de autocontrol;

- Dependenţa este multidimensională: când evaluăm severitatea unei probleme nu luam în considerare în mod exclusiv dozele şi frecvenţa consumului de drog ci şi declinul sau progresul în alte arii de viaţă;
- Distrugerea obişnuinţelor este un proces;
- Tratament de succes – abstinenţă totală, dar şi atingerea altor obiective pe care pacientul şi le poate propune, cum ar fi abstinenţa parţială sau consumul controlat

Model bio-psiho-social

- Cauzele dependenţei sunt multiple;
- Primul pas al tratamentului este evaluarea complexă, din punct de vedere biologic, psihologic, socio-familial, cultural;
- Dependenţa este multidimensională: când evaluăm severitatea unei probleme nu ne uităm doar la doze şi la frecvenţa consumului, dar şi la declinul sau progresul în alte arii de viaţă cu probleme;
- Tratamentul este strict individualizat;
- Distrugerea obişnuinţelor este un proces continuu;
- Tratamentul de succes nu constă în abstinenţă, ci în alegerea şi atingerea unui obiectiv adecvat (abstinenţă, moderaţie, substituţie, îmbunătăţirea funcţionării socio-profesionale, reducerea riscurilor asociate consumului de droguri, etc.)

Evaluare complexă din punct de vedere bio-psiho-social

- **Evaluare medicală**
- **Istoricul consumului**
- **Situaţia socială**
- **Situaţia legală**
- **Examen psihiatric**
- **Evaluarea motivaţiei pentru schimbare**

- **EVALUARE MEDICALĂ**
  (anamneză, examen clinic, probe paraclinice)

- **Afecţiuni acute**
- **Consecinţe ale consumului de droguri, mai ales pe cale i.v. (hepatita B, C; HIV/SIDA; Sifilis; TBC; flebite, tromboflebite)**
- **Comportament de risc / informare**
- **Examen stomatologic (obligatoriu);**
- **Amenoree – test de sarcină**

- **ISTORICUL CONSUMULUI**

DROG PRINCIPAL

- **de cât timp consumă**
- **doza medie/zi în ultimele 30 de zile**
- **ultima doză**
- **cale de administrare**
- **supradoze**
- **perioade de abstinenţă**
- **tratamente anterioare**
- **test de laborator pentru evidenţierea metaboliţilor în urină**

DROGURI ASOCIATE

(polidependenţă)

- **Alte droguri**
- **Alcool**
- **Medicamente**
- **Tutun**

- **SITUAŢIA SOCIALĂ**

- **Familială**
- **Şcolară**
- **Profesională**
- **Financiară**
- **Domiciliu**
- **Grup de prieteni**
- **Petrecerea timpului liber**

- **SITUAŢIA LEGALĂ**

- **Acte**
- **Conflicte cu poliţia/justiţia**

- **EXAMEN PSIHIATRIC**
  (diagnostic dual)

- **Afecţiuni psihiatrice majore**
- **Trăsături/tulburări de personalitate**

- **Evaluarea motivaţiei pentru schimbare**

- **ASI / EUROP-ASI**

INDEX DE SEVERITATE

6.4. Sevrajul la opiacee – semne şi simptome

Heroina – 8-12 ore de la ultima doză....7 zile

Metadona – 12 ore... 3 săptămâni

Sindroame

1. Gripal
2. Cardio-vascular
3. Gastro-intestinal
4. Algic
5. Disforic

Timpurii
Anxietate
Frecvenţa respiratorie crescută
Transpiraţii
Lăcrimare
Căscat
Rinoree
Piloerecţie
Nelinişte psihomotorie
Anorexie
Iritabilitate
Midriază

Avansate
Insomnia
Greaţă, vărsături
Diaree
Fatigabilitate
Crampe abdominale
Tahicardie
HTA
Spasme musculare
Dureri musculare şi osoase

Dezintoxicarea

D ă eliminarea toxinelor

În cazul pacienţilor cu dependenţă fizică, D include perioada de timp necesară ajustării fiziologice la lipsa drogului.

D nu este un tratament împotriva comportamentului de căutare a drogului. Este un grup de proceduri destinate să uşureze pe termen scurt simptomele sevrajului. Include de asemeni o perioadă de reajustare psihologică având scopul de a pregăti pacientul să urmeze ceilalţi paşi ai tratamentului.

Obiectivele imediate ale Dezintoxicării:

- Să ofere un sevraj lipsit de riscuri în vederea obţinerii abstinenţei
- Să ofere un sevraj uman, protejându-se demnitatea pacientului
- Să pregătească pacientul pentru continuarea tratamentului

Motivaţia

- De ordin personal
- Constrângeri exterioare
- Efecte negative ale heroinei

Factorii de ordin personal şi familial primează asupra celor economici şi juridici.

D, printre alte metode terapeutice – manifestare a libertăţii de a alege.

Motivaţia va influenţa evoluţia D, ca şi intensitatea simptomatologiei de sevraj.

Obiectivele dezintoxicării

- Individuale
- De sănătate publică

Obiective de sănătate publică:

- Medicale
- Sociale

Obiective medicale de sănătate publică:

- Intervenţia precoce
- Propunerea testelor de depistare HIV, hepatita B, C, sifilis
- Propunerea vaccinării împotriva hepatitei B
- Contactul cu reţeaua sanitară de îngrijiri
- Scaderea mortalităţii
- Diminuarea prevalenţei infecţiei HIV.

Obiective sociale de sănătate publică:

- Reducerea actelor de delincvenţă
- Redescoperirea vieţii de familie şi a unei activităţi profesionale
- Întocmirea unor acte legale şi a unei protecţii sociale
- Limitarea dezvoltării unei economii paralele în anumite cartiere

Principiile Dezintoxicării

- Dezintoxicarea singură nu este un tratament adecvat
- Dezintoxicarea nu este o urgenţă, nu se începe în regim de urgenţă
- Doar protocoalele de tratament cunoscute drept sigure şi eficiente trebuiesc folosite în practica medicală de rutină
- În timpul detoxifierii, accesul pacienţilor la medicamente trebuie limitat cu cea mai mare stricteţe.
- Iniţializarea sevrajului este strict individualizată
- Ori de câte ori este posibil, clinicianul va prefera o medicaţie cu timp de înjumătăţire mai lung, faţă de substanţele cu acţiune rapidă.
- Intensitatea sevrajului nu poate fi prezisă cu acurateţe.
- În plus faţă de medicaţie, vor fi folosite toate mijloacele posibile pentru ameliorarea simptomatologiei de sevraj.
- Psihoterapia suportivă trebuie începută cât mai curând.

Tipuri de Dezintoxicare

- Ambulatorie – de preferat centru de zi
- În secţie închisă de spital

În funcţie de tratamentul oferit:

- D Cold-turkey: nu se oferă tratament medicamentos. Consiliere, susţinere, eventual suport religios
- D cu medicaţie simptomatică. Mai ales în ambulator
- D cu Clonidină /Ă- simptomatice. Mai acceptabil pentru pacient. Intraspitalicesc.
- D rapidă : Clonidină/ Naltrexona. 3-5 zile. Strictă supraveghere.
- D ultrarapidă : 24 de ore. Antagonist i.v. (Naloxona, Nalorfina). Anestezie generală. Secţie ATI
- D cu substitut (Metadona)
  - de scurtă durată (30 zile, spital)
  - de lungă durată (180 zile, ambulator)

Rezultatele obţinute cu aceste metode sunt echivalente !

Clonidina

Utilizată din 1978

Avantaje:

- ✓ Nu are regim special de prescriere
- ✓ Permite oprirea bruscă a opiaceelor
- ✓ Nu produce efectele psihice ale opiaceelor, reducând totuşi nevoia de drog

Dezavantaje:

- ✓ Nu are efect asupra durerilor, insomniei, cravingului
- ✓ Atenţie la efecte secundare TA sub 10 cm Hg, hTA ortostatică
- ✓ Nu se poate întrerupe brusc: anxietate, sudoraţie, tremor, dureri, palpitaţii, cefalee, creşterea TA, cu debut la 20 ore de la întrerupere
- ✓ 0,1mg oral TA 4-6 ore se verifică TA după 45 minute-1oră de la administrare
- ✓ Maxim 8mg/zi. Dozele se scad treptat, de-a lungul a 2 săptămâni, ultima priza se scoate cea de seara.
- ✓ Se recomandă mai ales pentru pacienţii internaţi

Metadona

Avantaje:

- ✓ Toleranţa extrem de redusă
- ✓ Permite stabilizarea pacientului, stare fizică foarte bună
- ✓ Protejază de supradoză, pentru tratamentul de întreţinere
- ✓ Timp lung de înjumătăţire, doză unică pe zi
- ✓ Administrare per os
- ✓ Legal
- ✓ Sevraj mai uşor
- ✓ Ideal pentru femeia însarcinată
- ✓ Cost redus
- ✓ Este preferată de pacienţi, faţă de orice mijloace terapeutice
- ✓ Permite contactul cu serviciile de sănătate
- ✓ Se foloseşte în România

Dezavantaje:

- ✓ Dependenţa

- ✓ Este înscrisă pe lista de droguri de mare risc
- ✓ Nu se administrează la adolescenţi
- ✓ Regim special de prescriere
- ✓ Risc de supradoză în faza de inducţie
- ✓ Efect redus asupra cravingului
- ✓ Sevraj îndelungat
- ✓ Comprimatele pot fi vândute pe piaţa neagră, sau schimbate cu doze de heroină
- ✓ Administrarea trebuie făcută sub supraveghere
- ✓ În România nu există decât cp de 2,5mg

Metadona se administrează:

- Pentru dezintoxicare:
  - în spital
  - în cadrul unui program ambulator autorizat
- În cadrul unui program de menţinere pe termen lung autorizat
- În cadrul programelor de outreach
- În spital , pentru pacienţii trataţi pentru o afecţiune acută, pentru prevenirea sevrajului.

Doza iniţială 15-20mg. Se poate repeta după câteva ore până la 40mg/zi. Se creşte lent, cu 2,5-5mg/zi. După autorii americani, dozele mari 70-80 mg/zi şi foarte mari 80-120mg/zi, sunt mai eficiente pe termen lung. Scăderea dozelor se face lent, cu 5-10mg la 2 săptămâni

LAAM

Avantaje:

- ✓ Acţiune de lungă durată
- ✓ Se administrează la 3-7 zile
- ✓ Se poate administra în dependenţa la metadonă

Dezavantaje:

- ✓ Toxicitate cumulată
- ✓ Efect cardio-toxic
- ✓ În nici un caz nu poate fi administrat mai frecvent de o data la 2 zile
- ✓ Doza maximă recomandată: 440 mg pe săptămână

Buprenorfina

Avantaje:

- ✓ Analgezic puternic

- ✓ Dependenţa fizică mai redusă decât heroina şi metadona, deci dozele sunt mai uşor de diminuat
- ✓ Există preparate de Buprenorfin amestecat cu Naloxona în proporţie de 4/1, pentru a preveni injectarea;
- ✓ Mai sigur decât metadona şi LAAM dacă se ingerează o supradoză

Dezavantaje:

- ✓ Poate fi preparat pentru injectare
- ✓ Cost ridicat

Naltrexona

Antagonist pur al receptorilor opiaizi

Utilizare:

- ✓ În scop diagnostic
- ✓ Supradoza
- ✓ Dezintoxicare rapidă şi ultrarapidă şi în spital
- ✓ Tratament de întreţinere pe termen lung (prevenirea recăderilor)
- ✓ Doza 50mg/zi sau 100mg/2zile sau150mg/3zile

MEDICAŢIE SIMPTOMATICĂ

- Antalgice, antiinflamatoare nonsteroidiene
- Antispastice, antiacide, antidiareice, laxative, antiemetice
- Anxiolitice, miorelaxante-benzodiazepinice (Rivotril, Diazepam) sau nonbenzodiazepinice (hidroxizin)
- Neuroleptice sedative
- Ortotimizante (carbamazepina, acid valproic, gabapentin)
- Hipnotice
- Antidepresive (amitriptilina, fluvoxamina)

METODE ALTERNATIVE

- Presopunctură
- Reflexoterapie
- Nu acupunctură pentru consumatorii i.v.

Centre de dezintoxicare pentru consumatorii de droguri

PENTRU DEZINTOXICARE ADULŢI

Spitalul Alexandru Obregia – Secţia XVI
Şos. Berceni nr. 10-12, sect. 4, Bucureşti
Persoană de contact: Dr. Lucian Vasilescu
Tel: 021.334.49.73 int. 465, 334.35.32
Nr. paturi: 25.

Spitalul Alexandru Obregia - Secţia XVII
Şos. Berceni nr. 10-12, sect. 4, Bucureşti
Persoană de contact: Dr. Doina Constantinescu
Tel: 021.334.49.73 int. 490.
Nr. paturi: 35.

Centrul de Evaluare şi Tratament a Toxicodependenţilor pentru Tineri <Sf. Stelian>
Str. ing. Cristian Pascal, nr. 25-27, sector 6, Bucureşti
Persoană de contact: Dr. Cristina Hudiţă
Tel. / fax.: 021/315.49.61
Infoline: 021/314.44.75 (între 08:00-15:00)

Spitalul Universitar Socola – Secţia de Toxicomanii – dezintoxicare

Şos. Bucium, nr. 6, 6600, Iaşi

Persoana de contact: Dr. Radu Andrei

Tel: 0232.130.920

Spitalul de Psihiatrie Constantin Gorgos

Centrul de Diagnostic si Tratament - Policlinica Titan

Persoana de contact: Dr. Luminiţa Mihai

Tel. : 021/ 341.20.31

PENTRU DEZINTOXICARE MINORI

Spitalul Alexandru Obregia - Secţia de Neuropsihiatrie Infantilă
Şos. Berceni nr. 10-12, sect. 4, Bucureşti
Persoană de contact: Dr. Corina Ciobanu
Tel: 021.334.51.75 int. 364.
Nr. paturi: 8.

TRATAMENT SUPRADOZĂ

În cazul minorilor

Spitalul Clinic de Copii <Grigore Alexandrescu> - Secţia Toxicologie
Bd. Iancu de Hunedoara nr. 30 - 32, sect. 1 Bucureşti
Persoană de contact: Dr. Coriolan Ulmeanu
Tel: 021.210.61.83, 021.210.62.82

În cazul adulţilor

Spitalul Clinic de Urgenţă Floreasca – Secţia Toxicologie
Calea Floreasca nr. 8, sect. 1, Bucureşti
Persoană de contact : Dr. Radu Macovei
Tel : 021.230.01.06, int. 291, 021.230.80.00

MODEL DE LUCRU FIC

Dezintoxicare şi postcură ambulatorie

Începând cu anul 2003, Fundaţia de Îngrijiri Comunitare a înfiinţat un Centru de postcură ambulatorie, cu scopul oferirii de suport psiho-socio-medical persoanelor dependente de droguri în vederea asigurării continuităţii serviciilor de tratament şi reintegrării lor sociale.

Criterii de selecţie

În acest program pot fi incluse persoanele care se încadrează în criteriile de selecţie ale unui program de tip drog zero, având ca obiectiv abstinenţa totală:

- au vârsta cuprinsă între 14- 30 ani;
- au un nivel mic sau mediu al dependenţei;
- au o motivaţie puternică pentru abstinenţă;
- prezintă suport familial;
- prezintă un anumit grad de inserţie socială.

Informarea şi preluarea clientilor

Pentru a veni în întâmpinarea persoanelor toxicodependente, echipa terapeutică efectuează vizite periodice în cadrul Secţiei XVI de dezintoxicare a Spitalului Al. Obregia.

Cu această ocazie, se urmăreşte stabilirea unui prim contact cu pacienţii, aceştia fiind informaţi despre serviciile oferite de către Centru, precum şi despre importanţa urmării tratamentului de postcură în menţinerea abstinenţei.

Aceste demersuri suplinesc atribuţiile care ar trebui să revină unui « Centru de evaluare », respectiv a unui « manager de caz », care ar avea rolul de a evalua, informa, orienta clientul şi de a monitoriza evoluţia acestuia, pe parcursul procesului de recuperare.

Astfel, în momentul internării, atât pacienţii, cât şi persoanele de suport, sunt informaţi şi ajutaţi să conştientizeze faptul că dezintoxicarea este doar o primă etapă în procesul de recuperare. Ea este departe de a fi sinonimă cu vindecarea, aşa cum consideră majoritatea consumatorilor. Pentru prevenirea recăderilor, care din păcate reprezintă regula, programul de postcură, de lungă durată, este indispensabil. În acest sens, atunci când este posibil, primele şedinţe de consiliere cu persoanele de suport au loc încă din perioada spitalizării. Acest demers creşte semnificativ şansele intrării tânărului toxicodependent în programul de postcură, imediat după încheierea curei de dezintoxicare.

Evaluarea iniţială

Încă din perioada de spitalizare, persoanele care intenţionează să intre în programul centrului sunt evaluate prin:

- interviu motivaţional;
- chestionarului Europ-ASI, în vederea determinării nivelului de dependenţă;

- ancheta socială (acolo unde este posibil).

Dezintoxicarea

O parte din clienţi se adresează direct centrului nostru. Aceştia sunt evaluaţi de către echipa terapeutică din punct de vedere bio-psiho-social şi informaţi despre întregul lanţ terapeutic. Sunt informaţi cu privire la posibilităţile de dezintoxicare ale programului drog zero, dezintoxicare de tip nonsubstitutiv. Celor care refuză dezintoxicarea în spital li se efectuează dezintoxicare în ambulatoriu.

Dezintoxicarea ambulatorie:

Este de tip nonsubstitutiv şi se realizează cu medicaţie specifică simptomatologiei de sevraj utilizând:

- ortotimizante;
- tranchilizante;
- neuroleptice sedative;
- antiinflamatoare nesteroidiene;
- miorelaxante.

Tratamentul se administreză sub strictă supraveghere a familiei, prezentându-se la control la 2 zile şi ori de câte ori este necesar.

De asemenea se efectuează în această perioadă testarea metaboliţilor în urina pentru certificarea abstinenţei.

După terminarea tratamentului de dezintoxicare, clienţilor li se propune includerea în terapia de postcura ambulatorie, care constituie activitatea principală a centrului.

Intervenţia

Serviciile oferite de către Centrul Fundatiei de Îngrijiri Comunitare

- tratament medical de dezintoxicare ambulatorie
- tratamentul bolilor asociate consumului de drog
- psihoterapie individuală şi de grup
- consiliere familială
- consiliere şcolară şi vocaţională, orientare profesională
- informarea familiei şi persoanei dependente cu privire la fenomenul dependenţei şi riscurilor asociate consumului
- medierea cu instituţiile implicate în reintegrarea socială a persoanei dependente

În cadrul Centrului, clientul este în primul rând evaluat din punct de vedere medical, psihologic şi social de către echipa terapeutică, alcătuită din medic, psiholog şi asistent social. În urma acestei evaluări sunt identificate aspectele care vor fi abordate cu prioritate în tratament. Împreună cu clientul se realizează un plan terapeutic, cu obiective clare şi realiste.

Echipa centrului este coordonată de către un ***medic psihiatru***, care monitorizează evoluţia cazurilor.

Medicul generalist efectuează dezintoxicarea ambulatorie, examinări medicale periodice, recomandă tratament medical pentru bolile somatice asociate, mediază efectuarea unor investigaţii de laborator şi testarea metaboliţilor opiaceelor în urină.

Psihologul susţine sesiuni de consiliere sau terapie individuală şi de grup, centrându-se pe problematica prevenirii recăderii, a modificării stilului de viaţă şi dezvoltarea personală. În acest sens, sunt identificaţi stimulii de mare risc şi situaţiile cu risc crescut de recădere şi sunt dezvoltate abilităţi de coping adecvate. Demersurile de dezvoltare personală vizează clarificarea sistemului de valori, depăşirea sentimentelor de vinovăţie asociate perioadei de consum, creşterea toleranţei la frustrare şi a capacităţii de a-şi controla emoţiile şi comportamentul, crearea de abilităţi relaţionale, câştigarea autonomiei personale etc.

Asistentul social are rolul de a menţine legătura cu persoanele de suport (familie, prieteni). Desfăşoară şedinţe de consiliere cu acestea, în vederea formării unei atitudini optime în relaţia cu persoana dependentă, în scopul de a susţine decizia acestuia de a renunţa la drog. Totodată, desfăşoară activităţi de mediere cu instituţiile guvernamentale şi neguvernamentale cu abilităţi în domeniu, în vederea reintegrării socio-profesionale a acelor persoane care sunt marginalizate din punct de vedere social. În acest sens, identifică instituţii-resursă, stabileşte contacte şi parteneriate, construind o reţea instituţională de suport pentru această categorie de beneficiari.

Atât psihologul, cât şi asistentul social, organizează şedinţe de consiliere familială la care participă şi clientul.

Pentru fiecare client în parte se stabileşte o echipă formată din psiholog, medic şi asistent social. Dintre aceştia este ales, în funcţie de nevoile prioritare cuprinse în planul terapeutic, un manager de caz. Acesta are rolul de a monitoriza evoluţia cazului şi de a modifica, după caz, strategiile de intervenţie.

Membrii fiecărei echipe de caz sunt informaţi permanent în legătură cu demersurile şi rezultatele obţinute în lucrul cu clientul. Fiecare membru al echipei poate solicita managerului de caz organizarea unei şedinţe, ori de câte ori apar modificări semnificative în situaţia clientului.

Specialiştii din cadrul centrului participă la şedinţe săptămânale, în vederea evaluării periodice a evoluţiei clienţilor, identificării progreselor obţinute şi a modalităţilor de depăşire a dificultăţilor întâmpinate în tratament .

De asemenea, o dată la 3 luni sau de câte ori este nevoie, clientul este reevaluat, în vederea determinării progreselor obţinute în tratament.

Una dintre principalele probleme cu care se confruntă personalul centrului este dificultatea menţinerii pe termen lung a clienţilor în program.

De multe ori aceştia părăsesc programul fie după primele succese obţinute în lupta cu tentaţiile, fie ca urmare a unei „alunecări".

Din acest motiv, în primele săptămâni se acordă o atenţie specială construirii unei relaţii terapeutice şi a unui cadru în care clientul să ştie că poate fi ascultat, că este acceptat cu părţile sale bune şi rele, că nu este judecat sau învinovăţit şi că este respectat ca fiinţă umană.

O parte din clienţii care abandonează tratamentul revin după o vreme. Aceasta se datorează, în mare măsură, menţinerii unei legături constante cu persoanele de suport. Se ştie că orice alunecare devine un stimul de risc pentru recădere. Cu ajutorul terapeutului, ea se poate transforma într-o experienţă utilă, ce poate favoriza obţinerea ulterioară a abstinenţei depline.

Studii de caz

Studiu de caz 1

B.C. în vârstă de 26 de ani, dependent de heroină s-a prezentat la Fundaţia de Îngrijiri Comunitare pe data de 27.08.2004. B.C. a venit însoţit de mama şi naşul său.

I s-a explicat clientului, care se adresa prima dată unui centru specializat în domeniul toxicodependenţei, în ce constă tratamentul dependenţei de heroină, prezentându-i-se verigile circuitului terapeutic, începând cu procesul de evaluare, cura de dezintoxicare şi tratamentul de postcură.

Echipa terapeutică formată din medic, psiholog, asistent social a evaluat cazul din punct de vedere biologic, psihologic şi social.

Prin aplicare a Europ-ASI s-au obţinut urmatoarele rezultate:

B.C. este dependent de heroină în doze medii 3-4 bile/zi de aproximativ 6 ani, 5 ani a inhalat ,,la folie,, 1 an si-a administrat intravenos. Nu are perioade de dezintoxicare sau supradoze în antecedente. Nu poate preciza despre existenţa unor boli asociate consumului. Locuieşte împreună cu mama, soţia şi băieţelul lui în vârstă de 10 luni. Din punct de vedere legal B.C. a avut un proces pentru furt. A absolvit 10 clase, cea mai lungă perioadă de angajare fiind de 1 an, în prezent neavând ocupaţie.

Scorul Europ-ASI este de 5 şi arată un nivel mediu de dependenţă, încadrându-se în criteriile de selecţie ale programului drog zero.

B.C. este slab motivat pentru abstinenţă, principala motivaţie fiind reprezentată de dorinţa de a pleca peste 2 luni să lucreze în Italia, unde este stabilită sora lui.

În momentul prezentării la centru pacientul descrie simptomatologie de sevraj, ultima doză de aproximativ 2 bile şi-a administrat-o în urmă cu aproximativ 24 de ore. A fost trimis la Sp. Matei Balş pentru testarea metaboliţilor heroinei în urină şi investigaţii de laborator pentru boli somatice asociate: hepatită virus B şi C, sifilis, HIV.

Rezultatul testării pentru opiacee arată consumul de heroină.

Am discutat împreună cu B.C. posibilităţile de dezintoxicare. Acesta solicită tratament ambulatoriu.

I s-a efectuat dezintoxicare ambulatorie de tip nonsubstitutiv administrându-se medicaţie pentru simptomatologia de sevraj descrisă de B.C.

Pacientul prezintă dureri musculare şi osoase la nivelul coloanei vertebrale şi a membrelor inferioare, hipersecreţie lacrimală, tulburări de somn, este neliniştit şi descrie craving.

S-au administrat:

- *Ortotimizante (carbamazepina IIItb/zi)*
- *Tranchilizante (Rivotril IIItb/zi)*
- *Antiinflamatorii nesteroidiene (Brufen IV tb/zi)*
- *Miorelaxante (mydocalm IIItb/zi)*

Tratamentul a fost administrat sub stricta supraveghere a mamei, recomandându-se ca pe durata tratamentului B.C. să stea în casă împreună cu familia.

S-a prezentat la control pe data de 30.08.2004, clientul prezentând craving, uşoară nelinişte psihomotorie, somn fragmentat, dureri reduse musculare şi osoase.

I s-a suplimentat seara tratamentul cu Rivotril la IItb şi s-a recomandat continuarea schemei terapeutice administrate. Diagnosticat cu Hepatita cronică cu virus C prin investigaţii de laborator se prescrie tratament hepatoprotector şi reducerea drastică a consumului de alcool.

Pacientul a urmat cura de detox timp de 10 zile, prezentându-se la control din 2 în 2 zile, în această perioadă menţionăm abstinenţa evidenţiată şi prin testele de urină.

În urma tratamentului de dezintoxicare, depăşind perioada de dependenţă fizică, clientul acceptă propunerea de a fi inclus în programul de terapia de postcură ambulatorie, terapie centrată pe dependenţa psihică.

Postcura

B.C. a venit la prima întâlnire slab motivat pentru renunţarea la consum. Mai mult, el nu este foarte convins de nocivitatea drogului şi de dependenţa sa, aflându-se în stadiul precontemplării. În mod surprinzător (pentru psiholog), soţia şi copilul său, în vârstă de numai 10 luni nu par să-l motiveze – aproape că nu vorbeşte despre ei. Vorbeşte, în schimb, despre mama, sora şi naşii lui, care îşi doresc ca el să renunţe la consum şi faţă de care are o atitudine pasiv-agresivă (îi ascultă ca un copil, doar atunci când sunt de faţă, revoltându-se pe ascuns din cauza controlului lor prea strict).

Această primă întâlnire a avut ca scop iniţierea relaţiei terapeutice, decurgând într-o manieră non-directivă. Clientul a avut tendinţa să mintă, multe din informaţiile oferite în această primă întâlnire fiind dezminţite ulterior.

La a doua întâlnire, clientul se află încă în perioada de sevraj. Din acest motiv, el a beneficiat de monitorizarea medicală şi de intervenţia asistentului social, fiind amânată şedinţa de consiliere psihologică pentru data următoare.

Pe data de 7.09.2004 a avut loc o nouă şedinţă de consiliere. Starea fizică a clientului se ameliorase considerabil. În timpul tratamentului ambulatoriu de dezintoxicare el a fost foarte strict supravegheat de mama şi naşii săi. Se simte deranjat de stricteţea controlului, de neîncrederea celor apropiaţi, dar pare să fie mai disponibil pentru o interacţiune deschisă. Deşi este motivat extrinsec, (mai ales de plecarea apropiată în Italia, la sora lui), iar abstinenţa sa se bazează aproape exclusiv pe stricteţea persoanelor de suport (face afirmaţii de genul: „Nu mă mai droghez, că nu mă lasă mama să ies din casă, iar naşul stă tot timpul cu mine"), B.C. pare să progreseze către stadiul contemplării.

Această şedinţă a avut ca scop întărirea relaţiei şi stabilirea contractului terapeutic, cu accent pe păstrarea confidenţialităţii. Reflectarea ambivalenţei, utilizarea „balanţei motivaţionale" şi identificarea momentelor periculoase (de craving) l-au stimulat pe B.C. să avanseze către stadiul acţiunii. Ora 21.00 a fost menţionată de B.C. ca un moment de mare risc, precum şi întâlnirea cu un prieten consumator sau certurile din familie. Au fost discutate, de asemenea, posibilităţile de acţiune în astfel de momente.

Dat fiind timpul scurt până la plecarea lui B.C. în Italia, i-am propus şedinţe bi-săptămânale de consiliere psihologică.

Pe parcursul acestor şedinţe am pus accentul pe însuşirea de către client a tehnicilor de prevenire a recăderii. De asemenea, B.C. a fost ajutat să-şi identifice şi să-şi exprime propriile valori, să-şi depăşească sentimentul de vinovăţie legat de consum şi să-şi amelioreze stima de sine scăzută, construindu-şi planuri concrete pentru viitor.

Aspecte legate de complexul afectiv-atitudinal şi comportamental asociat pierderii tatălui (la vârsta de 14 ani a clientului) nu au putut fi abordate în profunzime, din cauza lipsei de timp.

Tot în perioada şedinţelor de postcură B.C. a fost susţinut pentru a depăşi starea depresivă cauzată de rezultatul pozitiv la analiza privind hepatita cu virus C.

Beneficiul clientului a constat mai ales în construirea unei motivații intrinseci privind menținerea abstinenței la drog (în timpul tratamentului de postcură B.C. a descris un episod acut de craving pe care a reușit să-l depășească singur și din propria voință, în lipsa controlului matern.)

Familia

Încă de la prima ședință, clientul a venit însoțit de către persoana de suport, mama lui. S-a pus accentul pe importanța participării acesteia în cadrul programului de postcură, având în vedere faptul că susținerea clientului în efortul de menținere a abstinenței de către familie este esențială pentru asigurarea succesului terapiei de postcura. De asemenea, s-a urmărit acordarea de sprijin persoanei de suport, direct afectată de consumul clientului.

Persoana de suport a fost informată asupra fenomenului de dependență de drog, asupra specificului și importanței fiecărei etape din lanțul terapeutic. Pentru a dezvolta capacitatea persoanei de suport de a răspunde în mod adecvat la nevoile clientului și de a face față ea însăși dependenței acestuia s-au descris caracteristicile etapei prin care trece consumatorul de drog în cadrul ciclului Prochaska și DiClemente. S-a subliniat importanța susținerii acestuia în trecerea de la faza de precontemplare la faza de acțiune și menținerea abstinenței.

Suportul acordat mamei a constat și în informarea acesteia asupra bolilor asociate consumului de drog, în special cel intravenos. Mama a avut o contribuție foarte importantă, legată de decizia clientului de a efectua analizele de laborator.

Ședințele de consiliere cu persoana de suport s-au desfășurat în paralel cu cele de psihoterapie ale clientului și au urmărit identificarea atitudinii persoanei de suport față de situația creată de consumul de drog, a așteptărilor față de client, sprijinirea persoanei de suport în identificarea propriilor nevoi și recunoașterea nevoilor persoanei dependente.

Mama clientului este puternic motivată să acorde sprijin băiatului ei, se implică direct, are o atitudine supraprotectivă față de el. Are tendința de a controla fiecare mișcare a copilului ei, în acest sens cerând ajutor permanent nașilor lui B.C. Presiunea schimbării era prea puternică și exista riscul de a fi sabotate progresele clientului.

Persoana de suport susține material familia clientului și își asumă multe din responsabilitățile acestuia împiedicând procesul de creștere al băiatului ei (în trecut, clientul a lucrat la o firmă și a sustras o sumă importantă de bani, suma pe care a plătit-o apoi mama).

Consumul băiatului a avut cosecințe negative asupra sănătății mamei. Ea susține că s-a îmbolnăvit din cauza stressului, având probleme cardiace, ulcer.

Mama are tendința de a învinovăți soția băiatului ei pentru faptul că a ascuns consumul acestuia, lucru care produce deseori tensiuni în cadrul familiei.

În acest sens, în cadrul ședințelor de consiliere a fost încurajată exprimarea emoțiilor, formarea unor modalități eficiente de comunicare în cadrul familiei, accentuarea ideii că responsabilitatea pentru consum aparține clientului.

În ceea ce privește cultivarea sentimentului de responsabilitate și de independență al clientului, s-au discutat proiectele legate de plecarea în Italia și obținerea unui loc de muncă acolo de către client.

Studiu de caz 2

Evaluare

M.H., în vârstă de 40 ani, dependent de heroină s-a prezentat pe data de 2.02.2004 la centrul de postcură ambulatorie al Fundației de Îngrijiri Comunitare (FIC), cu bilet de trimitere de la Spitalul de Urgență Floreasca.

Echipa terapeutică FIC, alcătuită din medic, psiholog și asistent social, a evaluat cazul din punct de vedere biologic, psihologic, social și legal prin aplicarea EUROP-ASI cu următoarele rezultate:

- din punct de vedere al consumului de drog:

M.H. este dependent de heroină de 6 ani (administrare intravenoasă în doze mari), în antecedente menționăm și consum de marijuana;

Are o cură de dezintoxicare în spital în antecedente, perioade scurte de abstinență; absența supradozelor.

- din punct de vedere medical:

I s-au efectuat investigații de laborator pentru boli somatice asociate (clientul a fost trimis la Spitalul de Urgență). Rezultatele investigațiilor în limite normale demonstrează absența altor boli.

Testarea metaboliților opiaceelor în urină (clientul fiind trimis la Spitalul Matei Balș), confirmă dependența de heroină.

- din punct de vedere psihologic

Nu are boli psihiatrice asociate.

În antecedente menționăm „joc patologic"- a frecventat timp de 1 an de zile cazinoul, pierzând sume mari de bani.

- din punct de vedere legal:

Clientul nu are probleme legale.

- din punct de vedere profesional:

M. H. este director economic la un birou de traduceri.

- din punct de vedere familial:

M.H. este căsătorit, are o fetiță de 10 ani, are o relație tensionată cu soția datorită consumului de drog. Important de menționat în antecedentele heredo-colaterale faptul că M.H. are un frate cu dependență veche de heroină care în prezent este abstinent, conform declarațiilor lui M. H.

Scorul EUROP-ASI 6 arată un nivel mare al dependenței.

Aplicând balanța motivațională, discutând despre avantajele și dezavantajele consumului, am observat că motivația M.H. pentru menținerea abstinenței este autentică (dorește sincer să renunțe la consum pentru salvarea relației de cuplu și pentru fetița lui).

Dezintoxicare

I s-a propus tratament substitutiv cu metadonă, însă clientul a refuzat, deoarece nu dorește să schimbe dependența de heroină cu „dependența de metadonă". De asemenea refuză internarea la Spitalul Obregia și solicită dezintoxicare ambulatorie. I s-a administrat tratament nonsubstitutiv, pentru simptomatologia de sevraj. Ultima doză și-a administrat-o în urmă cu o zi, aproximativ 2 bile, clientul acuză dureri osoase și musculare, și mai ales stare de neliniște psiho-motorie, insomnie și dorința de a consuma. I s-a recomandat medicație tranchilizantă, ortotimizantă și antiiflamatorie. Clientul a venit din 2 în 2 zile la control pentru a putea urmări evoluția curei de dezintoxicare. După două zile de tratament clientul acuză insomnie, stare de neliniște psiho-motorie, craving solicitând mărirea dozei de medicație. În urma evaluării s-a recomandat creșterea dozei de Rivotril seara, să rămână în casă pe întreaga perioadă de tratament fiind

supravegheat de către soţia lui. După aproximativ 10 zile de dezintoxicare clientul nu mai prezintă simptomatologie de sevraj şi se menţine abstinent, stare confirmată şi prin testarea metaboliţilor drogurilor în urină.

I se explică care este urmatorul pas în tratamentul dependenţei , postcura, în ce constă şi importanţa ei în menţinerea abstinenţei.

Postcura

I s-au propus şedinţe bisăptămânale de terapie individuală şi terapie de cuplu.

Punctul de plecare al şedinţelor terapeutice a fost reprezentat de identificarea şi formularea corespunzătoare a problemelor lui M.H. cu participarea activă a persoanelor de suport (soţia).

Terapia individuală a fost de tip cognitiv comportamental având drept principal obiectiv identificarea stimulilor şi a situaţiilor de risc crescut şi dezvoltarea abilităţilor necesare pentru a le face faţă.

Terapeutul împreună cu pacientul a încercat identificarea celor mai frecvente situaţii care au determinat recăderile anterioare. M.H. a identificat drept un potenţial pericol în primul rând grupul de prieteni consumatori, petrecerile (frecventarea barurilor şi discotecilor) şi situaţiile conflictuale cu soţia.

Odată clarificate situaţiile de risc terapeutul împreună cu clientul au încercat schiţarea unor modalităţi eficiente de a face faţă situaţiilor de risc, care au fost exersate şi în temele pentru acasă.

Datorită importanţei relaţiei lui M.H. cu soţia sa, terapia de cuplu a ocupat un rol central, cu obiectivul de a diminua tensiunile de cuplu.

Subliniem rezistenţa soţiei la terapie, la început aceasta nedorind să se implice în terapia soţului, fiind neîncrezătoare în evoluţia favorabilă a acestuia. Ea îşi concentrează atenţia exclusiv asupra educaţiei fetiţei şi a problemelor profesionale şi casnice, refuzând să accepte existenţa problemei soţului. S-a discutat cu ea despre importanţa şi rolul persoanelor de suport în terapia soţului, aceasta înţelegând problema soţului care este şi o problemă de familie şi doreşte să se implice într-un mod activ în rezolvarea acesteia. I s-a sugerat să încerce să-l implice pe M.H. în viaţa de familie (petrecerea a cât mai mult timp cu soţia şi copilul) şi în viaţa profesională, pentru a-l îndepărta de grupul de prieteni consumatori.

După o perioadă de 2 luni de abstinenţă, clientul a prezentat prima alunecare (prima doză de drog consumată). Clientul descrie craving-ul (pofta de a consuma) astfel: „pitici care îmi înconjoară creierul, nu-mi dau pace şi îmi spun să mă droghez". S-a încercat identificarea factorilor favorizanţi consumului pentru crearea de abilităţi de a face faţă unor situaţii viitoare. De asemenea pacientului i s-a recomandat tratament medical pentru simptomatologia de sevraj aparută în urma opririi consumului şi, de asemenea, să părăsească Bucureştiul pentru a se îndepărta de situaţiile de risc crescut (prieteni consumatori, locuri freventate asociate cu consumul). La inceput M.H. a fost trist, dezamăgit, neîncrezator în şansele lui de menţinere abstinenţei. I s-a explicat că alunecarea este un proces care apare foarte frecvent, că nu înseamnă neaparat un eşec sau renunţarea la terapie, discutând despre abilităţi de a-i face faţă şi de a preveni recăderea. M.H. a decis să plece la munte pentru evitarea situaţiilor de risc crescut şi să urmeze tratamentul prescris pentru a depăşi simptomele de sevraj.

După depăşirea acestei perioade, clientul a reluat terapia pentru menţinerea abstinenţei.

La sfârşitul lunii mai clientul a prezentat o recădere (reînceperea consumului în doze mari).

În această situaţie echipa terapeutică a reevaluat cazul propunându-se dezintoxicare ambulatorie, continuarea terapiei de postcură ambulatorie asociată cu tratament medical de postcură (antagonist de opiacee – naltrexonă 50 mg.). I se explică condiţiile tratamentului de postcură cu antagonist:

- *abstinenţa aproximativ 10 zile înaintea începerii tratamentului, evidenţiată prin teste de urină negative.*
- *administrarea zilnică, dimineaţa a 1 tb. de naltrexonă de 50 mg*
- *continuarea psihoterapiei centrată pe prevenirea recăderilor pe parcursul tratamentului medical.*
- *menţinerea abstinenţei pe perioada tratamentului.*

Clientul reuşeşte să depăşească şi de data aceasta perioada de sevraj, urmând tratament de detox ambulatoriu. Este testat pentru consumul de droguri, cu rezultat negativ.

Se începe tratamentul cu naltrexonă de 50 mg, administrată zilnic, în paralel atât cu şedinţele de terapie cognitiv – comportamentală , cât şi cu terapia de cuplu.

Durata tratamentului cu antagonist se va stabili în funcţie de evoluţia pacientului.

În prezent clientul este abstinent, urmează tratament cu antagonist de opiacee şi psihoterapie, sedinţe bisăptămânale.

Bibliografie:

1. Afchain J. , "***Toxicomanes et traitements de substitution***". L'information psychiatrique, 1995, 3, 248-25411.

2. Angel P., Pagès-Berthier J., "***Modalités, contexte et stratégies de sevrage des pharmacodépendances***". Dans Venisse J.L., Bailly D.: ***Addictions: quels soins?,*** Masson, Paris, 63-73, 1997

3. Anderson J.E., Wilson R.W., Barker P., ***Prevalence of sexual and drug-related HIV risk behaviors in the U.S. adult population: results of the 1996***. National Household Survey on Drug Abuse. J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Jun 1; 21(2): 148-563 şMedlinet.

4. Auriacombe M., Tignol J., "***Sevrage et prise en charge des toxicomanes aux opiacés***", La Revue du Praticien, 1995, 45, 1383-1387

5. Ball A.L., Rana S., Dehne K.L., ***HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries***. Public Health Rep 1998 Jun; 113 Suppl 1: 170-81 Medlinet.

6. Binder P., "***Sevrage ambulatoire des toxicomanes aux opiacés***" Le Concours Médical, 1994, 4, 116-13, 1031-1036

7. Boisonnas A., "***Les pratiques de substitutions peuvent-elles être indiquées dans le sevrage des toxicomanes l'héroïne ?"*** Ann. Med. Interne, 1994, 145, supp. 3, 96-97

8. Bouchez J., Touzeau D., ***Les dépendances multiples. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*** , Pharmacopie, Edition Arnette, 1997: 110,111

9. Busto U., Sellars M., ***Pharmacologic Aspects of Benzodiazepine Tolerance and Dependence***. J. of Substance Abuse Treatment-8, 1991: 29-33

10. Centers for Disease Control and Prevention: ***Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease***.

11. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998 Oct 16; 47(RR-19): 1-39 Medlinet.

Chabannes J.P., Rossi F., "***Sevrage du toxicomane***". La Revue du Praticien - Médecine générale, 1995, 9, 310, 15-22

12. Connor P.G., Waugh M.E., Schottenfeld R.S., Diakogannis I.A., Rounsaville B.J. "***Ambulatory opiate detoxification and primary care: A role for the primary care physician***". 532-534,1997, 4, 3, 263-270

13. Contoreggi C., Rexroad V.E., Lange W.R., ***Current management of infectious complications in the injecting drug user.*** J Subst Abuse Treat 1998 Mar-Apr; 15(2): 95-106 Medlinet.

14. Cremer G.A., Boissonas A., Henrion R. et al., "***Sevrage des toxicomanes dépendant aux opiacés, dans une unité hospitalière de médecine interne***". Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1995

15. Cunningham J.A., Sobell L.C., Sobell B.M., Agrawal S., Toneatto T., "***Barriers to treatement: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatement***". Addict Behav, 1993, i18i , 347-353

16. Dally S., "***Toxicomanie aux stupéfiants***", La Revue du Praticien, 1997, 47, 1603-1606

17. Darke S., Ross J., ***Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors Drug and Alcohol Dependence*** 48, 1997 : 135-141

18. Davies A., Huxley P., "***Survey of general practioners' opinions on treatement of opiates users***" BMJ, 314, 1173-4, april 1997

19. Dehne K.L., Khodakevich L., Hamers F.F. ***The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making***. AIDS 1999 May 7; 13(7): 741-9 Medlinet.

20. Dimer J.A., David M., Dudenhausen J.W.***Intravenous drug abuse is an indication for antepartum screening for RH alloimmunization. A case report and review of literature***. Arch Gynecol Obstet 1999 Nov; 263(1-2): 73-5 Medlinet.

21. Dinwiddie S.H., Cottler L., Compton W., Abballah A.B., ***Psychopathology and HIV risk behaviour among injection drug users in and out of treatment Drug Alcohol Depend***, 1996, 43 : 1-11

22. Doherty M.C., Garfein R.S., Monterroso E. ***Correlates of HIV infection among young adult short-term injection drug users***. AIDS 2000 Apr 14; 14(6): 717-26 şMedlinet.

23. Faruch C., "***Le sevrage toxicomaniaque en milieu carcéral***". Servofax synthèses, Laboratoires Organon, 1995

24. Franques P., Auriacombe M., Martin C. et al."Predicting which patients do well on methadone maintenance"College on Problems of Drug Dependance, Scottsdale, USA, juin 1995

25. Gallard de D., Taboada M. "Organisation des soins et prise en charge des toxicomanes"La Revue du Praticien - Médecine générale , 1997, 11-5, 380, 33-35

26. Geismar-Wieviorka S.,"Les toxicomanes ne sont pas tous incurables ",Ed. Seuil 1998

27. Goossense-Eland A., Van de Goor A.M., Gareretsen H.F.L. ,"Heroin Addicts in the Community and in Treatement Compared for Severity of Problems and Need for Help",Substance Use & Misuse, 1997, 32(10), 1313-1330

28. Gossop M. et coll.,"Opiate withdrawl : inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignement to traitement". BMJ, 1986, 293, 103-104

29. Higgitt A.C., Lader M.H., Fonagy P.,Clinical management of benzodiazepine dependence

30. Hughes P.H., Rieche O., Heroin epidemics revisited Epidemiol Rev 1995; 17(1): 66-73 şMedlinet.

31. Hughes R.A. ,Drug injectors and the cleaning of needles and syringes. Eur Addict Res 2000 Mar; 6(1): 20-30 şMedlinet.

32. Jaffe J.H.,Opioid related disorders. ,Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of Psychiatry. 6th ed. 1995.

33. Jaffe J.H., Jaffe A.B.,Opioid related disorders. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2000; One: 1038-63.

34. Judd et al. ,"Effective Medical Treatement of Heroin Addiction" ,National Institute of Health Consensus Developement Statement, 17-19 novembre 1997

35. Kaufman J.F., Woody G.E.,"Matching treatement to patient needs in opioid substitution therapy"

Treatement improvement protocol (TIP) series; no. 20 Center for Substance Abuse Treatement, 1995

36. Kaufman E.,The relationship of alcoholism and alcohol abuse to the abuse of other drugs. Am J. Drugs Alcohol Abuse, 1982, 9 : 1-17

37. Kiritze-Topor N.,"Le sevrage, un moment particulier. Quel projet et pour qui?" Dans Venisse J.L., Bailly D. Addictions: quels soins?, Masson, Paris, 1997, 254-256

38. Kleber H.D., Gold M.S., Riordan C.E. ,The use of clonidine in detoxification from opiates. Bull Narc 1980; 32(2): 1-10 şMedlinet.

39. Landau J., Garrett J., Shea R.R. ,Strength in numbers: the ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. A Relational Intervention Sequence for Engagement. Am J Drug Alcohol Abuse 2000 Aug; 26(3): 379-98 şMedlinet.

40. Laqueille X., Uribe M., Olié J.P., "Aspects cliniques actuels des toxicomanies" La Revue du Praticien, 1995, 45, 1359-1363

41. Lauzon P.,"Quand et comment peut-on sortir d'un programme de traitement par la méthadone?" Ann. Med. Interne, 1994, 145, supp. 3, 94-95

42. Lejeune C., Floch-Tudal C., Montamat S., Crenn-Herbert C., Simonpoli A.M., "Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants". Archives de pédiatrie, 1997, 4, 3, 263-270

43. Lerner W.D., Barr M.A., Treatment of Polydrug Abuse and Depressant Dependence. Handbook of Hospital based substance abuse treatment, p. 132-141Birmingham, Alabama Pergamon Press, 1990

44. Leshner A.I., Science-based views of drug addiction and its treatment. JAMA 1999 Oct 13; 282(14): 1314-6 şMedlinet.

45. Marks J.,The Benzodiazepines. Use, overuse, misuse, abuse Lancaster MTP Press, 1978 : 112 p.

46. Mast E.E., Alter M.J., Margolis H.S., Strategies to prevent and control hepatitis B and C virus infections: a global perspective. Vaccine 1999 Mar 26; 17(13-14): 1730-3 şMedlinet.

47. Mc Lellan A.T. , Investing in Drug Abuse Treatment, United Nations, New York, 2003.

48. McLellan A.T., Marsden J. , Contemporary Drug Abuse Treatment ,United Nations, New York, 2002.

49. Mitrofan Iolanda (coord.), Terapia toxicodependenţei – posibilităţi şi limite Editura S.P.E.R., Bucureşti,2003

50. Moatti J.P., Carrieri M.P., Spire B., Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. AIDS 2000 Jan 28; 14(2): 151-5 şMedlinet.

51. Murphy J. "Motivation to withdraw from héroïn : a factor analytic study. British Journal of Addictions, 1992, 87, 245-250 Walker DR, Howard MO, Walker PS, Lambert MD, Suchinsky R."Practice Guidelines in the Addictions". Journal of Substance Abuse Treatement, 1995, 12, 2, 63-73

52. Noble H., "Management of opiate dependance"British journal of general practice, 1996, 46/404, 200

53. Prelipceanu D. (ed.) ,Ghid de tratament în abuzul de substanţe psiho-active .Editura Infomedica, Bucureşti, 2002.

54. Prelipceanu D., Voicu V., Abuzul si dependenta de substante psihoactive. Editura Infomedica, Bucuresti, 2004.

55. Reynaud M., Pettit G., Potard D., Courty P., Utilisation détournée d'une assocciation buprénorphine-benzodiazepines: 6 décès. La Presse Médicale, 1997, 26: 1337-1338

56. Rhodes T., Stimson G.V., Fitch C., Rapid assessment, injecting drug use, and public health. Lancet 1999, Jul 3; 354(9172): 65-8 şMedlinet.

57. Rounsaville B.J., Galanter M., Frawley P.J., Behavioral Therapies for Addiction. Principles of Addiction Medicine 1998; 595-690.

58. Seivewright N., Dougal W., Withdrawal symptoms from high dose benzodiazepines in poly drug users .Drud and Alcohol Dependence, 1993, 32: 15-23

59. Simon D.L. , "Rapid opioid detoxification using opioid antagonists: history, theory and the state of the art". J Addict Dis. 1997, 16, 103-122

60. Smith M.O., Khan I., An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons Bull Narc 1988; 40(1): 35-41 şMedlinet.

61. Stimson G.V., Fitch C., Rhodes T., The rapid assessment and response guide on injecting drug use. World Health Organization, Substance Abuse Department; 1998.

62. Stine S, Meandzija B, Kosten R, Pharmacologic Therapies for Opioid Addiction. Principles of Addiction Medicine 1998; 545-555.

63. Tonnelet G. , "Prévention, soins et aide l'insertion des toxicomanes. Etat des lieux et proposition",Union Sociale, décembre 1997, 110, 4-6

64. Tracqui A., Pettit G., Potard D., Levy F., Kintz P., Ludes B., Intoxications mortelles par buprénorphine (Subutex) et benzodiazepines : 4 cas. Journal de Médecine Légale Droit Médical, 1997, 40 : 213-223

65. United Nations Economic and Social Council, Reduction of illicit demand for drugs: world situation with regard to drug abuse. United Nations Economic and Social Council, Commission on Narcotic Drugs; Mar 2000.

66. Vasilescu L. (coord.) , Dependenţa de heroină. Postcura – element cheie în construirea unei vieţi fără drog. Fundaţia de Îngrijiri Comunitare, Bucureşti, 2004.

67. Vasilescu L. (coord.) , Modificări neuropsihice induse de consumul de droguri. Evaluarea şi managementul de caz. Focus, Bucureşti, 2004.

68. Vasilescu L., Cicu G. , Dezintoxicarea ultrarapidă în dependenţa de opiacee – tipuri şi modele, Revista romană de sănătate mintală, 2001, 16, 40-43.

69. Walter D.S. , "Clinical studies of buprenorphine in opioid dependance", Research and Clinical Forums, 1997, 19/2, 29-33

70. Whynot E.M., Women who use injection drugs: the social context of risk. CMAJ 1998 Aug 25; 159(4): 355-8 şMedlineţ.

DEPENDENȚA DE HEROINA
POSTCURA –
ELEMENT CHEIE ÎN CONSTRUIREA UNEI VIEȚI FARĂ DROG

CONTEXT SOCIO-ECONOMIC SI CULTURAL AL APARITIEI FENOMENULUI SI CONSUMULUI ILLICIT DE DROGURI IN ROMANIA

Dacă în anii '90 România era o ţară de tranzit pentru droguri, în ultimii ani ea a început să devină una din pieţele importante de desfacere. Un număr tot mai mare de tineri sunt expuşi sau afectaţi în mod direct de consumul de droguri.

Acest fenomen al consumului şi abuzului de droguri reprezintă un pericol deosebit de grav la adresa întregii societăţi, cu repercursiuni atât în plan economic, cât si social.

Tranziţia spre o societate democratică, deschiderea totală a frontierelor de stat, trecerea la economia de piaţă, precum şi poziţia geografică au constituit factori determinanţi în includerea României în "ruta balcanica"de traficare a drogurilor, dinspre ţările producătoare către cele consumatoare.

Aspecte legate de dezagregarea familială cuplată cu săracia, scăderea controlului social şi slaba organizare a sistemului de asistenţă socială comunitară au generat o creştere a variatelor riscuri cu care se confruntă copiii şi tinerii: violenţă în familie, în şcoală, în stradă si chiar comunitate, abandon şcolar chiar din primele clase, recursul la forma de cerşetorie, delincvenţă, trafic şi consum de droguri. Majoritatea tinerilor consumatori de droguri comit infracţiuni împotriva proprietăţii pentru a acoperi costurile consumului.

Tentaţia consumului de droguri creşte proporţional cu vârsta, elevii fiind mult mai vulnerabili în ultimii ani de liceu si primii ani de studii superioare, deşi autorităţile apreciază că vârsta la care tinerii încearcă pentru prima dată drogurile este in scădere, şcolile generale devenind un punct de atracţie pentru distribuitorii de "moarte albă".

Traficul si consumul de droguri a început să atragă segmente diverse din populaţie, fapt care a antrenat şi o diversificare a gamei de droguri utilizate în consum- heroina administrată pe cale injectabilă, opium, cocaină, anfetamine, cannabis, etc. De asemenea, s-a extins şi uzul unor medicamente care, administrate în combinaţie cu băuturile alcoolice, generează efecte stupefiante şi halucinogene.

Consumul de droguri injectabile are consecinţe extrem de grave asupra sanatăţii populaţiei. Folosirea în comun instrumentelor de injectare de către consumatorii de droguri este una din cauzele incidenţei ridicate a bolilor cu trasmitere sexuala (HIV/SIDA, hepatita B, C, sifilis).

Evoluţia traficului şi consumului de droguri ne relevă faptul că România tinde să devină una din pieţele de desfacere în peisajul ţărilor europene cunoscute ca mari"consumatoare"de droguri Olanda, Spania, Germania, Italia, etc.

Pentru a ilustra ascendenţa evolutiei consumului si traficului de droguri vă prezentem câteva date statistice*:

Interval de timp	Cazuri	Persoane implicate	Persoane –cetăţenie româna	Persoane-cetăţenie străină	Cantitate drog confiscată
1990- 1997	412	649	219	430	20.697,78 Kg
2001- 2002	1545	1978	1798	180	64.485,14 Kg

(*Date statistice preluate din H.G. 154/6.02.2003 pentru aprobarea Strategiei Naţionale Antidrog)

Concomitent cu cele menţionate mai sus, comercializarea drogurilor pe teritoriul României înregistrează valori din ce în ce mai ridicate.

Un indicator relevant al funcţionării unei veritabile pieţe de desfacere a drogurilor în România îl constituie înregistrarea primelor cazuri de deces survenite în urma intoxicaţiei acute cu droguri.

Consumul de droguri reprezintă una dintre problemele sociale grave, care conduce la instalarea dependenţei, devine o sursă de suferintă, îmbolnăviri, sărăcie, excludere socială, somaj, etc. pentru numeroase persoane, afectând în special tinerii. Este lezat nu numai comportamentul social al persoanelor în cauză, ci şi viaţa familiilor sau comunităţilor din care acestea fac parte.

Dacă o persoană începe să utilizeze droguri, atunci apar probleme noi în viaţa sa. Este necesară găsirea unei rezolvari la situaţii complicate: Cum am să platesc produsul?; Cum pot să ţin ascuns acest lucru de familia mea?; Unde aş putea să consum drogurile? De la cine să le cumpăr?; Cum voi putea totuşi să fiu în stare să-mi continui serviciul? În cazul în care consumul de droguri este descoperit în cadrul familiei apar probleme de relaţionare. Este posibil , ca pentru o perioada relativ scurtă de timp persoana să reuşească să menţină sub control lucrurile, dar la un moment dat viaţa "normală" nu mai poate fi combinată cu folosirea drogurilor şi, ca urmare, încep să se acumuleze problemele de la muncă, din familie, de sănătate, a banilor, etc.

Problemele pot reprezenta pentru utilizatorul de droguri un fel de "legitimaţie" de a avea dreptul să continue să consume. Durerea respingerii sau a eşecului trebuie amorţită. Pentru a-şi putea menţine o existenta cât mai apropiată de aceea dinaintea consumului şi pentru a face faţă prestaţiilor sociale, el va simţi că trebuie să consume in continuare.

Consumul determină amplificarea continuă a cererii de droguri şi influenţează direct creşterea proporţionala a ofertei.

Fenomenul de raspândire a drogurilor prezintă multe caracteristici si poate fi analizat în termeni ai sistemelor combinatorii ale raspândirii.

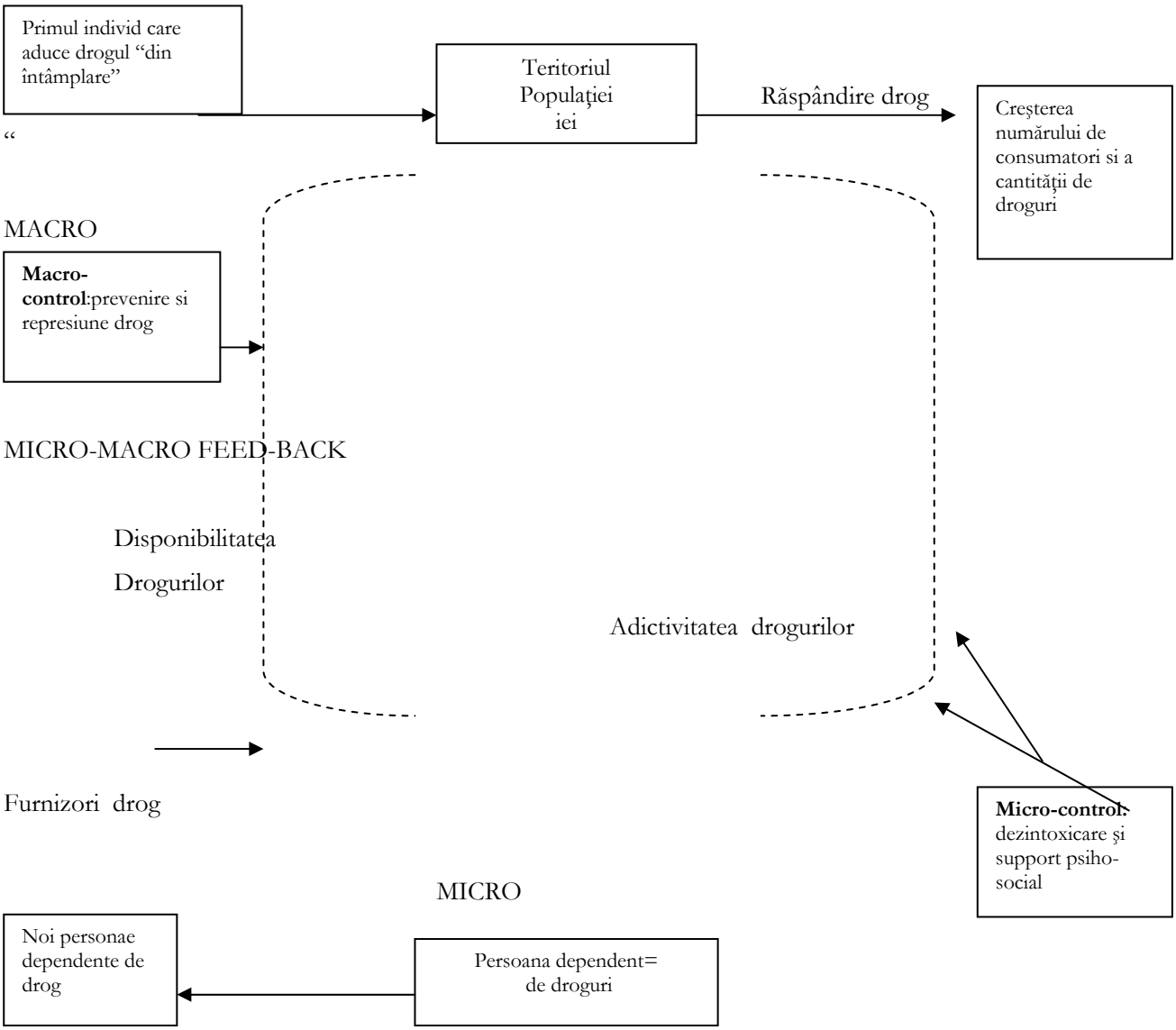
Să spunem că "din întâmplare" într-o anumită comunitate, într-un teritoriu bine determinat, o persoană devine sclavul drogurilor, şi pentru a-şi întreţine acest obicei al consumului trebuie să găsească bani pentru a cumpăra drogurile şi începe să le vândă. Dacă numarul persoanelor dependente de droguri nu este foarte ridicat , principiile morale ale comunităţii fiind solide şi structura poliţienească este eficientă în prevenirea şi reducerea consumului de droguri, fenomenul rămâne izolat.

Când numărul persoanelor dependente de drog depăşeşte perimetrul acelui cerc izolat, si în funcţie de condiţiile socio-culturale ale colectivităţii, de organizarea politică şi poliţienească- se dezvoltă acele sisteme combinatorii dificil de oprit, în care câţiva indivizi încep să intreprindă mici comportamente care constau în atragerea altor indivizi în a consuma drog, care produc micro efecte de iniţiere a unor noi dependenţe.

Macro-comportamentul este reprezentat de răspândirea drogurilor în comunitate, respectiv creşterea numărului mediu de consumatori şi a cantităţii drogurilor (cumpărate si vândute - acesta fiind un macro-efect).

Comportamentul de furnizare a drogurilor (macro-comportament) are ca şi efect stimularea indivizilor de a atrage alţi indivizi spre consum (micro-comportament). Acesta are, în schimb, efectul răspândirii drogurilor, conform unui micro-macro-feedback.

SCHEMA:Acest sistem de răspândire a drogurilor este prezentat in schema urmatoare:



Model grafic al sistemului de răspândire a drogurilor

Datorită complexităţii fenomenului traficului si consumului de droguri este necesară o abordare integrată a intervenţiei cu scopul de a acoperi atât diminuarea ofertei de droguri prin eficientizarea structurilor şi programelor de combatere a traficului illegal de droguri, cât şi

reducerea cererii de droguri prin dezvoltarea de activitaţi de educare-informare-prevenire-tratament si reinserţie socială.

Serviciile integrate reprezintă modul simultan/sinegic de furnizare a serviciilor psiho-sociale şi medicale, pentru a rezolva nevoile complexe, atât medicale, cât şi psiho-sociale ale persoanelor utilizatoare de droguri sau expuse riscului de aconsuma droguri.

Aceste tipuri de servicii presupun crearea si dezvoltarea de centre si programe specifice cu adresabilitate directă către consumatorii de droguri si către cei aflaţi în situatie de risc de a consuma .

Scopul intervenţiei medicale, psihologice, sociale şi juridice este de a imbunătăţi calitatea vieţii consumatorilor prin dezvoltarea si activarea potenţialului lor pentru responsabilizare şi autonomie.

TEORII ŞI MODELE EXPLICATIVE ALE CONSUMULUI DE DROGURI

În orice domeniu ştiinţific trebuie să existe un cadru teoretic care să ne permită să ne desfăşurăm munca cotidiană. Acesta, de obicei, se bazează pe informaţia disponibilă asupra fenomenului în legătură cu care ne desfăşurăm activitatea şi are suficientă validitate în funcţie de evidenţa empirică disponibilă.În câmpul consumului de droguri avem un număr suficient de teorii şi modele explicative, ceea ce demonstrează, pe de o parte, interesul asupra acestei teme, şi pe de altă parte, dificultatea de a cuprinde întreaga extensie a acestui fenomen complex. În mod obişnuit o teorie rezumă un complex de evidenţe empirice, putând să fie o derivată a unei ipoteze, să explice legi sau să construiască modele. Pe de altă parte, un model este o teorie sau un grup de teorii aplicate unei arii sau situaţii specifice (Mitchell si Jolley, 1992).

Teoriile sunt abstracte, ne servesc pentru a da o reprezentare lumii noastre, de obicei complexă, prin intermediul unei structuri simple în cadrul teoretic, care serveşte la facilitarea evaluării actualităţii şi a modalităţii de prognozare, sau oferă principii orientative plecând de la aceasta.

Dar o teorie nu implică obligativitatea veridicităţii acesteia. Pentru aceasta este nevoie de verificarea îndeplinirii postulatelor acesteia şi cu această ocazie dacă există sau nu evidenţe care să o susţină.

Dintre teoriile şi modelele explicative ale consumului de droguri, majoritatea s-au orientat asupra cauzelor care determină indivizii să consume droguri. Aceasta are o mare importanţă deoarece dacă ştim de ce apare consumul ne va fii mai uşor să aplicăm programe de prevenire sau de asistenţă. În continuare vom trece în revistă teoriile şi modelele explicative cele mai importante ale consumului de droguri, plecând de la o revizie extensivă realizată de Becona (1999). Acesta le clasifică în trei mari grupe:

1. Teorii şi modele parţiale sau bazate pe puţine componente
2. Teorii şi modele evolutive sau bazate pe stadii
3. Teorii şi modele integrative şi comprehensive

1. Teorii şi modele parţiale sau bazate pe puţine componente

În cadrul acestora sunt incluse cele care se caracterizează prin încercarea de explicare a consumului de droguri prin foarte puţine elemente sau componente. Aceasta nu semnifică faptul că teoriile şi modelele complexe ar fi mai bune, dar din punct de vedere didactic şi al clasificării ne foloseşte pentru a le diferenţia.

- În această grupă considerăm teoriile şi modelele biologice ce consideră adicţia ca o tulburare cu substract biologic. Acestea reduc explicarea tulburării la o cauză fundamental biologică şi la ipoteza auto-medicaţiei, în care individul ar consuma substanţa pentru ca odată ce a descoperit-o, încercat-o şi a experimentat efectele sale pozitive îşi va soluţiona problemele cu ajutorul ei, multe din aceste probleme fiind de natură psihopatologică, sau în care organismul necesită autoreglarea cu ajutorul acesteia (Casas şi colab., 1992).

- Modelul sănătăţii publice este un model de mare relevanţă. Derivat al acestuia este modelul convingerilor asupra stării de sănătate, ce a fost elaborat pentru prima dată de către un grup de cercetători în domeniul studiului comportamentelor din cadrul Serviciului de Sănătate Publică al SUA în anii 1950-1960. În ultimele trei decenii acest model a fost unul dintre cele mai utilizate pentru a explica comportamentul în relaţie cu starea de sănătate. Elementele sale fundamentale sunt susceptibilitatea, severitatea, beneficiile şi barierele percepute.

- Începând cu jumătatea anilor 70 diverşi autori au susţinut un model legat de competenţe în detrimentul modelelor prin deficit care primau până în acel moment. Cheia acestui model o reprezintă anticiparea problemelor în scopul de a le evita, mai mult decât încercarea de a ajuta subiecţii să-şi rezolve problemele.

Acesta are două componente principale (Costa şi Lopez, 1996):

- promovarea competenţei individuale
- dezvoltarea de comunităţi şi organizaţii competente

- Teoriile învăţării. Mare relevanţă pentru explicarea consumului, pentru tratament şi pentru prevenire au cunoscut modelele de învăţare prin condiţionare clasică, operantă şi prin imitare. Această teorie explică consumul ca fiind un fenomen de dobândire ce urmează modelele menţionate. S-au propus explicaţii plecând de la fiecare dintre paradigmele de învăţare, însă, în momentul actual cel care permite explicarea comprehensivă a comportamentului de consum de droguri este cel al învăţării sociale, mai ales pentru etapa de iniţiere a acestuia.

Teoriile învăţării au adus un aport empiric important, au fundamentat psihologia ştiinţifică şi au folosit principiile, tehnicile şi procedeele pe care aceasta le utilizează.

- Teoriile atitudinal - comportamentale. Alt grup important de teorii care au avut o mare relevanţă începând cu anii 80 au fost teoriile atitudinal - comportamentale. Dintre acestea subliniem *teoria acţiunii raţionale* a lui Fishbein şi Ajzen, 1975, şi *teoria comportamentului planificat* al lui Ajzen, 1988. Astăzi este posibil să prognosticam într-o măsură semnificativă comportamentul plecând de la atitudini şi credinţe ale subiectului său de la comportamente anterioare sau relaţionate cu acestea cum ar fi normele subiective, intenţiile comportamentale etc. Această teorie, folosită foarte mult în anii 80 şi-a pierdut din importanţă în ultimii ani, mai ales în câmpul dependenţei de droguri. Chiar şi aşa, această teorie este utilă atunci când urmărim predicţia unui comportament plecând de la intenţii, credinţe sau atitudini (Becona, 1993) separat sau în combinaţie cu alte componente. În cazul teoriei comportamentului planificat, aceasta prezice mai eficient ca cea anterioară, acele cazuri în care nu este posibilă exercitarea permanentă a unui control voluntar sau a unui control exterior persoanei.

- Teoriile psihologice, bazate pe cauze intrapersonale. Acestea includ *modelul creşterii stimei de sine* a lui Kaplan şi colab. (1986) şi versiunea sa actualizată *teoria integrativă a comportamentului deviant* a lui Kaplan (1996). Primul pleacă de la premiza că adolescenţii caută acceptarea şi aprobarea comportamentului lor. În situaţiile în care comportamentul adolescentului se îndepărtează de aşteptările părinţilor, profesorilor sau al altor persoane ale căror opinii sunt considerate importante, acesta va deveni o sursă de disconfort psihologic, pe care adolescentul trebuie să îl rezolve. În cazul pierderii favorurilor adulţilor semnificativi în viaţa tânărului vor apărea sentimente de autorespingere care necesită un răspuns corectiv sau compesator.

Teoria integrativă a comportamentului deviant sintetizează teoriile şi elementele preliminare ale teoriei sinelui, stress-ului, controlului, asocierii diferenţiale, a învăţării sociale.

- Un alt model propus pentru explicarea consumului de droguri este modelul afectivităţii al lui Pandina şi colab. (1992).

Acesta considera afectul ca mecanism cheie pentru a înţelege dezvoltarea consumului în sensul determinării şi controlului comportamentului. Modelul pune accent pe relaţia între afectul negativ, un status de excitaţie crescut şi vulnerabilitate la abuzul de droguri. Astfel se aşteaptă ca acei subiecţi care vor găsi atractivă intoxicaţia cu droguri sunt cei care în mod cronic au nevoie de nivele crescute de activare (sau cu alte cuvinte au o sensibilitate specială la stimularea rezultată din activarea produsă de droguri) şi cei care se pot caracteriza printr-o deprivare cronică a reîntăririi pozitive. Mai mult apare ipoteza că cei care sunt deprivaţi cronic de o reîntărire pozitivă sunt dominaţi de stări afective negative persistente şi generalizate. Satisfacerea acestor necesităţi şi înlăturarea stărilor negative poate, cel puţin temporar, să fie obţinută prin ingestia şi intoxicaţia cu droguri, ceea ce va conduce la activarea circuitelor neuronale asociate cu reîntărirea pozitivă. Datorită satisfacţiei obţinute, chiar dacă aceasta este temporară, este de aşteptat ca odată iniţiată utilizarea substanţei, consumul să persiste în timp şi să crească în intensitate. Astfel indivizii cu un profil de înaltă afectivitate negativă vor fi mai vulnerabili la trecerea de la consumul ocazional la cel experimental şi la abuz.

- Teorii bazate pe familie şi pe abordarea sistemică. În aceste teorii se pleacă de la ipoteza că utilizarea substanţelor este expresia comportamentelor neadaptate al unuia sau mai multor membrii ai familiei, comportament ce produce o disfuncţie în sistemul familial. (Waldrom, 1998)

Totuşi, chiar dacă aceste modele au avut o mare relevanţă pentru tratament şi există o teorie explicativă a iniţierii dependenţei, nici unul din acestea nu s-a dezvoltat suficient pentru a fi aplicate în câmpul prevenirii dependenţelor de droguri.

- Modelul social al lui Peele (1985). Se bazează pe rolul care îl au adicţiile în stilul nostru de viaţă, susţinând că substanţa sau comportamentul nu sunt cele care produc adicţia, ci modul în care persoana interpretează această experienţă şi cum răspunde la nivel fiziologic, emoţional şi comportamental la respectiva substanţă.

Modul de a se confrunta cu realitatea cotidiană şi modul de a se vedea pe sine influenţează în mod clar şi experienţa adictivă. Acest model recunoaşte totuşi, că experienţele trecute, precum personalitatea şi mediul social vor determina un stil de confuntare cu cotidianul. Drogurile şi comportamentele ce conduc la adicţii se vor converti, astfel, în ‚amulete' pe care persoana le are pentru a înfrunta mai bine situaţiile de stress, anxietate, durere, depresie etc. După Peele cultura noastră favorizează adicţiile având ca valori centrale succesul şi reuşita individuală. Atunci când acestea sunt dificil de obţinut, refugierea în adicţii este un mod de a vedea viaţa dintr-o perspectivă opusă. În acelaşi timp, viaţa fiind din ce în ce mai controlată de către instituţii, individul percepe ca fiind dificil controlul asupra propriei vieţi iar adicţia se va converti într-un mod de a scăpa din această situaţie.

2. Teorii şi modele evolutive sau bazate pe stadii

În cadrul acestora sunt incluse o serie de teorii care îşi bazează explicaţiile pe stadii sau pe evoluţia dezvoltării cu privire la maturizare şi la consumul consecutiv de droguri.

- ***Modelul evolutiv*** al lui Kandel este cel mai cunoscut. Modelul său postulează că utilizarea de droguri urmează nişte paşi secvenţiali. Începutul se face cu anumite substanţe (droguri legale) care servesc ca element facilitator pentru consumul ulterior de alte substanţe, în special marijuana şi apoi şi alte droguri ilegale.

Kandel porneşte de la teoria socializării, centrându-se în mod special pe legătura dintre dezvoltarea adolescentului şi relaţia sa cu părinţii şi egalii. Conceptale şi procesele folosite provin din teoria învăţării sociale şi din teoria controlului (Kandel şi Davies, 1992).

Ideea principală este aceea că utilizarea drogurilor ilegale, marijuana, cocaina, heroina etc. se produce într-o formă secvenţială sau etapizată, plecând de la droguri legale, alcool şi tutun (Kandel, 1975).

Studiile realizate de Kandel, atât de tip longitudinal cât şi transversal, indică existenţa a patru etape prin care trec consumatorii de droguri ilegale:

- bere sau vin
- tigari sau lichior
- marijuana
- alte droguri ilegale

Consumul de droguri legale este elementul intermediar care se găseşte între non-consumul de substanţe şi consumul de marijuana şi ulterior alte droguri ilegale. Este de asemenea important să subliniem că în decada anilor 70 modelul lui Kandel a adus un element nou, inexistent până atunci în câmpul prevenirii.

Acest model arată faptul că nu este necesar ca fiecare etapă să apară la toţi indivizii în mod egal.

Consumul unei substanţe într-o etapă creşte de o manieră importantă şi semnificativă probabilitatea de a trece la faza următoare de consum.

Există diverse influenţe care se relaţionează cu consumul sau non-consumul de droguri ilegale. Principalele doua sunt familia şi anturajul, care au primit cea mai mare atenţie. Alături de acestea ar mai fi factorii legaţi de individ şi alte comportamente deviante. Alături de contactul cu diferitele substanţe ar mai exista două tipuri de influenţe: interpersonale şi intrapersonale - sau caracteristicile personalităţii. Pe lângă acestea, modelul de evoluţie propus a fost găsit atât la barbaţi cât şi la femei, la diferite vârste, la persoane de rasă albă sau de culoare, ceea ce demonstrează un nivel înalt de generalizare.

- Un alt model de stadii sau etape este cel al lui Werch şi DiClemente (1994) – ***modelul etapelor motivaţionale multicomponente***, bazat pe stadiile schimbării ale lui Prochaska şi DiClemente (1983). Pentru Werch şi DiClemente există un continuu de stadii, pornind de la non-utilizarea drogurilor până la consumul continuu. Aceste stadii sunt în număr de cinci:

1. precontemplare, când nu se ia în considerare utilizarea de droguri;
2. contemplare, când se gândeşte în mod serios iniţierea consumului;
3. preparare, când se ia în considerare utilizarea drogurilor într-un viitor imediat;
4. acţiune, când se iniţiază consumul de droguri;
5. menţinere, când este continuat consumul.

Modelul etapelor motivaţionale multicomponentă combină stadiile de însuşire a unor comportamente cu cele ale schimbărilor de comportament. Prevenirea primară este orientată către a ajuta tinerii să se menţină în stadiul de precontemplare, sau să nu treacă de la etapa de experimentare la consumul regulat de droguri. Diferenţa dintre aceasta şi prevenirea secundară constă în aceea că în aceasta ceea ce se încearcă este producerea unei schimbări care să conducă la întreruperea consumului. Aceşti autori consideră cele doua nivele de prevenire, primară şi

secundară, concomitent, ceea ce s-ar adecva într-un mod mai realist situaţiei reale şi ar permite o mai bună punere în practică a intervenţilor preventive.

- ***Modelul procesului de afirmare al tinerilor*** (Kim şi colab, 1998). Acesta este bazat pe o amplă gamă de teorii sau componente ale acestora, cum ar fi teoria controlului social, a modelului dezvoltării sociale, a comportamentului problemă şi a învăţării sociale. Componentele pe care le include acest model sunt:

- Un suport familal adecvat;
- Un suport social adecvat;
- Preocuparea şi sprijinul familiei în viaţa tânărulu;i
- Aşteptările sociale înalte din partea persoanelor importante pentru tânăr;
- Oportunităţile de a deprinde abilităţi pentru viaţa care să aibă implicaţii relaţionate cu munca;
- Oportunităţi relevante pentru asumarea de responsabilităţi
- Oportunităţi pentru a participa şi contribui în mod semnificativ la activităţi sociale, culturale, economice şi publice în şcoală şi comunitate;
- Oportunităţi de a demonstra abilităţi şi de a obţine succese;
- Întărirea randamentului de către persoane relevente din şcoală, casă, dar şi de către alţi adulţi.

În acest model o importanţă deosebită este dată familiei ca element de bază a socializării valorilor dominante din societate.

De asemenea sunt incluse alte elemente legate de gradul de adaptare al individului la ordinea socială, bazate pe teoria controlului social, chiar dacă aceşti autori înţeleg această adaptare prin intermediul teoriei învăţării sociale şi a stadiilor-expectativă. Prima defineşte comportamentul social ca rezultat al condiţionării prin imitare, obţinut prin procesele de reîntărire şi pedeapsă. Cea de-a doua se bazează pe ideea că modul în care gândim şi credem este în mare parte în funcţie de modul în care ne văd şi ne tratează ceilalţi. În continuare aceştia consideră că modul în care ceilalţi ne percep este în mare parte condiţionat de expectativele pe care aceştia le au dinainte. Această teorie se mai cunoaşte sub numele de efectul Pigmalion sau modelul comunicării expectativelor.

- ***Modelul maturităţii prin consumul de droguri***. Labouvie, 1996, propune un model bazat pe autoreglare, unde elementele cheie sunt personalitatea şi autoeficienţa. În ipostazele în care acestea eşuează, individul va răspunde necesităţilor sale imediate sau presiunilor situaţiilor imediate cu ajutorul drogului. În plus, este probabil ca individul să nu aibă scopuri personale sau ca acestea sunt puţin importante, dificile, costisitoare sau greu realizabile. Aceasta îl poate conduce la o stare de alienare şi depresie ce apare a putea fi depăşită prin consumul de droguri.

Studiile sale se bazează pe faptul că factorul timp generează o scădere naturală a numărului de consumatori şi a consumului, asociată cu o creştere a numărului de indivizi din aceeaşi generaţie care intră în curentul social al majorităţii. Acestea indică, după cum susţine autorul, o creştere a traiectoriei temporale către o mai mare convenţionalitate atât la bărbaţi cât şi la femei.

- ***Teoria pseudomaturităţii sau a dezvoltării precoce*** (Newcomb, 1996). Reuneşte informaţiile disponibile asupra teoriei pseudomaturitati sau a dezvoltării precoce la adolescenţi cu privire la consumul de droguri. Ceea ce afirmă această teorie este că în timpul adolescenţei, şi în faţa experimentării rolurilor adulte, adolescentul va întâmpina dificultăţi în a face faţă în diferite sfere ale vieţii.

Afirmaţia de bază a acestei teorii este că realizarea de activităţi timpurii faţă de vârsta cronologică şi implicarea în responsabilităţi tipic adulte la o vârstă prematură din adolescenţă interfera cu obţinerea abilităţilor psihosociale necesare pentru succesul ulterior în aceste roluri. Ceea ce susţine autorul este că acestea sunt învăţate în perioada critică a adolescenţei şi dezvoltarea lor prematură împiedică o învăţare corectă.

În cadrul acestei teorii se consideră că există două etape de mare importanţă: tranziţia de la copilărie la adolescenţă, când apare pubertatea şi tranziţia de la adolescenţă la adultul tânăr, când se produc evenimente importante cum ar fi căsătoria sau alegerea serviciului. Această diferenţiere se bazează pe faptul bine cunoscut că există întâmplări critice în viaţă, în urma cărora se face tranziţia de la o etapă la alta; modalitatea de realizare va genera adecvarea sau nu a rezultatului. Unul dintre aspectele pe care această teorie le consideră importante este cel al pubertăţii, datorită numărului mare de modificări care se produc în aceste etape. Alături de greutatea dată etapei pubertăţi, în care este implicat clar un factor de natură biologică, această teorie acordă de asemenea o mare importanţă factorilor personali şi sociali în baza altor teorii ce au demonstrat gradul implicării acestora.

- Glantz (1992) propune un model prin care explică abuzul de substanţe, pe care îl numeşte ***modelul psihopatologic al dezvoltării***, în privinţa etiologiei abuzului de droguri. Modelul acestui autor se bazează pe factorii de risc care s-au demonstrat a fi asociaţi cu etiologia abuzului de substanţe (factori neurologici şi genetici, predispoziţia la comportamente problemă, factori psihologici şi psihopatologici, factori ambientali şi sociali) şi pe principiile de bază ale dezvoltării şi ale psihopatologiei legate de dezvoltare.

Acest model diferă de alte modele etilologice prin orientarea sa psihopatologică referitoare la dezvoltare şi prin includerea în cadrul ei a antecedentelor primei copilării.

În perioada neonatală (0-3 luni) copii cu risc mare, conform ipotezei autorului, ar fi aceia care au un temperament cu următoarele caracteristici:

- labilitate marită şi intensitate mai mare a afectului decât media copiilor de aceeaşi vârstă;
- capacitate mai mică pentru a se obişnui la noi stimuli sau de adaptare la schimbare;
- latentă mai mare decât media copiilor de aceeaşi vârstă în a răspunde la situaţii neplăcute;
- dificultate mai mare de a fi liniştiţi;
- regularitate mai mică a ciclurilor biologice.

Vulnerabilitatea ar fi produsul interacţiunii caracteristicilor temperamentale ale copilului cu persoanele şi experienţele din mediul său. Astfel, un temperament mai dificil al copilului nu reprezintă o condiţie suficientă pentru consumul ulterior de substanţe. Pornind de aici autorul propune acest tip de caracterizare a copiilor aflaţi la risc, de la naştere până la adolescenţă.

- ***Teoria socializării primare*** a fost propusă recent de către Oetting şi colab., 1998. Obiectivul său este acela de a rezolva limitările teoriilor anterioare dat fiind că, după autori,

acestea fie analizează doar un aspect al problemei (variabile psihologice, biologice sau sociale) fie nu indică elementele de legătură dintre componente. Această teorie se centrează pe comportamentul problemă, iar consumul de droguri este unul dintre ele.

Premiza fundamentală a acestei teorii este următoarea: „chiar dacă baza biologică a comportamentului uman este de necontestat, în mod esențial toate comportamentele sociale umane sunt învățate sau conțin componente principale care sunt învățate".

Comportamentele sociale deviante, cum sunt consumul de droguri, crimele, violența, se găsesc printre aceste comportamente învățate. Devierea nu este o simplă situație defectuoasă care apare când există o ruptură între legăturile şi normele prosociale; atât normele prosociale cât şi cele deviante sunt în mod activ învățate în cadrul procesului de socializare primară. Pentru aceasta există anumite surse de socializare primară, care influențează individul:

- familia;
- scoala;
- grupul de egali.

De asemenea există influențe indirecte în socializarea primară care sunt date de: trăsăturile de personalitate şi de sursele de socializare secundară, cum ar fi caracteristicile comunității:

- oraş, cartier;
- dimensiune;
- mobilitatea populației;
- distribuția populației pe vârste;
- oportunităţi sociale;
- sărăcia;
- familia numeroasă
- religia şi instituţiile religioase.

Referitor la trecerea de la socializarea primară la consumul de droguri această teorie susține că această tranziție se poate realiza pe două căi:

- adicția apare ca rezultat al socializării;
- prin dependența față de un stil de viață bazat pe consumul de droguri. Aceasta include tipul de drog, accesibilitatea acestuia şi gradul de acceptare.

3. Teorii integrative si comprehensive

Teoriile integrative şi comprehensive au ca obiectiv explicarea comportamentului de consum prin integrarea a diferite componente din diverse teorii, sau prin abordarea unei teorii comprehensive prin intermediul căreia este posibilă explicarea problemei.

- ***Teoria învăţării sociale***. Teoria învățării sociale, redenumită în actualitate teoria cognitivă socială, propusă de Bandura în 1986 este una dintre cele mai utilizate şi importante în domeniul consumului de substanțe.

Aceasta este o teorie psihologică bazată pe principiile învăţării şi pe cunoaşterea persoanei din perspectiva mediului social în care îşi manifestă comportamentul.

Bandura, în comparaţie cu explicaţile comportamentului uman bazat pe condiţionarea clasică şi operantă, propune existenţa a trei sisteme implicate în reglarea comportamentului:

- primul este constituit de situaţiile şi stimulii externi, care afectează comportamentul, în principal prin intermediul proceselor de condiţionare clasică
- al doilea este constituit din consecinţele comportamentului în formă de intăriri externe ale acestuia, şi care îşi exercită influenţa prin procese de condiţionare operantă sau instrumentată
- al treilea este constituit din procesele cognitive mediatoare, care reglează influenţa mediului determinând stimulii cărora li se va da atenţie, modul de percepere al acestora şi influenţa pe care aceştia o au asupra comportamentelor viitoare.

Această teorie insistă pe conceptul de autoeficienţă ca fiind o componentă centrală şi totodată ca element explicativ principal în ceea ce priveşte dobândirea, menţinerea şi schimbarea comportamentului. Este o teorie comprehensivă a comportamentului uman care ia în considerare în acelaşi timp factorii învăţării (condiţionare clasică, operantă şi prin imitare), procesele cognitive şi componenta socială în care trăieşte şi se dezvoltă individul.

- ***Modelul dezvoltării sociale***. Acest model dezvoltat de Catalano, Hawkins şi colab., reprezintă o teorie generală a comportamentului uman, al cărui obiectiv este explicarea comportamentului antisocial prin intermediul specificărilor predictive ale dezvoltării. Modelul lor integrează alte teorii anterioare care s-au susţinut empiric, cum ar fi teoria controlului, teoria învăţării sociale şi teoria asocierii diferenţiale.

Acest model porneşte de la ipoteza că procesele de dezvoltare sunt similare atât în cazul celor ce conduc la comportamente prosociale cât şi cele ce conduc la comportamente antisociale.

Individul trece de-a lungul vieţii prin diferite faze în care factorii de risc şi de protecţie au o mare importanţă pentru dezvoltarea comportamentelor antisociale.

Acest model include trei elemente principale:

- comportamentul delincvent şi cel al cosumului de droguri într-un singur model;
- existenţa unei perspective de dezvoltare, ceea ce conduce la submodele specifice pentru diferite vârste: preşcolar, şcolar, liceal;
- factori de risc şi de protecţie pentru delincvenţa şi consum de droguri.

Ipoteza principală a acestui model este aceea că oamenii sunt în căutarea satisfacţiei, iar comportamentul uman depinde de interesul individului faţă de actele sale; aceasta semnificând faptul că inivizii se implică în activităţi sau interacţiuni pentru a-şi satisface ceea ce speră că vor primi de la acestea. În mod clar, acest fapt derivă din teoria învăţării sociale. Pe lângă aceasta, experienţele aduc informaţii empirice ce servesc unor acţiuni viitoare. Aceasta se bazează pe teoria asocierii diferenţiate. A doua ipoteză principală a acestei teorii este că există un consens normativ în societate sau cu alte cuvinte, nişte reguli ale jocului'.

Modelul consideră o serie de etape de dezvoltare care vor conduce la un comportament prosocial sau antisocial. Acestea sunt, pentru calea prosociala:

- perceperea oportunităţilor pentru interactiune şi implicare prosocială;

- implicarea în activităţi şi interacţiuni prosociale;
- abilităţi pentru interacţiune şi implicare, recompensele percepute ale acestora;
- sprijin şi compromis către alte activităţi prosociale;
- credinţa în ordinea morală.

Comportamentul antisocial are aceleaşi comportamente, dar opuse celor anterioare. Această teorie susţine ipoteza dezvoltării unui comportament individual ce va fi pro- sau antisocial în funcţie de comportamentele, normele şi valorile predominante pe care le au cei ce se află în anturajul individului. Aceasta se bazează în mare parte pe teoria controlului social.

Avantajul pe care îl are modelul dezvoltării sociale, ca şi alte modele, este acela că, plecând de la componentele sale se pot dezvolta programe de prevenire şi asistenţă pentru consumul de droguri.

Intervenind în acele puncte ce cauzează consumul de droguri, poate întrerupe ceea ce se consideră procese cauzale ce conduc la consum. Autorii modelului afirmă că este posibil să se intervină în fiecare din aceste etape, chiar dacă aceasta implică intervenţii multiple datorită includerii multor factori.

- ***Teoria interacţională a delincvenţei*** (Thornberry, 1996). Această teorie combină elemente din teoria controlului şi învăţării sociale. Conform acestei teorii, comportamentul deviant este rezultatul atât al legăturilor slabe ale persoanei cu societatea convenţională cât şi a unui mediu social sărac în care să poată fi învăţat şi întărit un comportament adecvat. Acesta se dezvoltă într-o formă dinamică pe parcursul vieţii prin interacţiunea mai multor procese.

Astfel, primul element relevant pentru producerea unui comportament delincvent este lipsa legăturilor convenţionale. Acei adolescenţi care se află în strânsă legătură cu părinţii lor şi care se află într-o relaţie sigură cu şcoala şi alte activităţi convenţionale au o probabilitate mică de a dezvolta comportamente delincvente. Pe lângă aceasta, de obicei aceşti adolescenţi, se află în cadrul unor reţele sociale convenţionale, ceea ce scade şi mai mult probabilitatea de a se implica în activităţi deviante.

Pe de altă parte, dacă legăturile convenţionale sunt slabe sau lipsesc şi există un control social slab asupra comportamentului, posibilitatea pentru delicvenţă creşte. Fără îndoială că, pentru a se produce un comportament stabil de delincvenţă este necesar un mediu social în care acesta să se poată învăţa şi în care să fie întărit. În acest fel a fi printre egali delincvenţi, cu valori în acest sens este relevant pentru consolidarea acestui tip de comportament. Astfel, această teorie insistă pe faptul că relaţia între aceste variabile este dinamică şi nu statică, bidirecţională între variabile şi cu potenţial de modelare în decursul evoluţiei individului.

- ***Teoria comportamentului problemă*** (Jessor şi Jessor, 1977). De la apariţia sa s-a constituit într-un punct de referinţă, iar recent, s-au făcut anumite reformulări care au condus la apariţia unei noi teorii şi anume teoria comportamentelor cu risc ale adolescenţilor.

- ***Teoria comportamentelor de risc ale adolescenţilor*** (Jessor şi Jessor, 1993).

Această teorie consideră anumiţi factori de risc şi de protecţie, anumite comportamente de risc şi anumite rezultate de risc. Aceasta dă o mare importanţă în apariţia comportamentelor cu risc la adolescenţi, sărăciei sociale, inegalităţii şi discriminării, elemente fundamentale pentru menţinerea unei părţi din populaţia adolescentă în ceea ce autorii au numit ‚risc'.

Implicaţiile pe care le are această teorie atât pentru prevenire cât şi pentru intervenţie în consumul de droguri este ca o abordare comprehensivă este mai eficace decât o abordare parţială. În plus, printr-o abordare comprehensivă este mai probabil să se obţină succese şi efectele să se menţină pe termen lung. Astfel, această teorie susţine că trebuie reduşi factorii de risc şi crescuţi factorii de protecţie introducând ideea schimbării stilului de viaţă, în special la acei tineri ce trăiesc în medii sociale defavorizante.

Probabil, unul dintre pricipiile care derivă din această teorie este acela de a nu orienta întreaga responsabilitate pe individ, deoarece responsabilitatea contextului social îndeosebi sărăcia, inegalitatea, discriminarea este de mare importanţă. Aceasta conduce la necesitatea unei schimbări şi în cadrul acestuia, alături de schimbările realizate în factorii cauzali şi de întreţinere a comportamentelor de risc.

- ***Modelul stilurilor de viaţă*** (Calafat, 1992). Modelul stilurilor de viaţă şi al factorilor de risc care le condiţionează este unul dintre modelele cele mai utilizate în cadrul campaniilor de prevenire şi asistenţă din Europa. Are la bază considerarea factorilor de risc şi de protecţie pentru consumul de droguri, alături de alte zece componente. Această abordare a ajutat la creşterea eficienţei intervenţilor care implică acest model. Se fundamentează pe modelul stilurilor de viaţă şi factorilor de risc care le condiţionează, considerând „cauzele şi factorii care determină sau facilitează ca indivizii să fie interesaţi de droguri au legatură cu întreaga dinamică personală şi socială anterioară contactului cu drogurile". Aceasta se aplică inclusiv în cazul relaţiilor mai mult sau mai puţin cauzale, existând mulţi factori care au o mai mare greutate decât drogul în sine. Astfel, se poate spune, chiar dacă ar părea paradoxal, că drogul nu este un factor de risc pentru dependenţa de droguri. (Calafat şi colab, 1992).

Acesta reprezintă unul din multiplii factori care se asociază cu consumul de droguri, el reprezentând doar un element, dar nu este unicul de luat în considerare. Pentru Calafat şi colaboratorii săi aceşti factori asociaţi consumului de droguri se încadrează ca factori de risc şi factori de protecţie. În ceea ce aceştia numesc reţeaua factorilor de risc şi de protecţie, ei iau în considerare: structurarea socială, comportamentele de consum din societate, familia, şcoala, folosirea timpului liber, relaţia cu părinţii, relaţia cu colegii, informaţia, personalitatea, atitudinile, experienţele cu alte droguri şi consumul acestora.

Prevenirea şi asistenţa în consumul de substanţe este orientată astfel încât influenţa acestor factori de risc şi de protecţie să permită ca individul să fie liber faţă de consum.

- ***Teoria influenţei triadice*** (Flay şi Petraitis, 1995). Această teorie comprehensivă grupează diverse elemente din diferite teorii relevante care au fost utilizate în câmpul sănătăţii. Aceasta consideră diferite niveluri pentru a explica cauzele comportamentului ce merg de la cele mai apropiate trecând prin cele mai îndepărtate până la cele finale. Aceste nivele se relaţionează cu trei grupe de influenţe ce se deplasează de-a lungul lor:

- influenţele culturale şi de mediu asupra cunoştinţelor şi valorilor care influenţează atitudinile;
- influenţele contextual – sociale ce influenţează credinţele sociale normative ale individului;
- influenţele intrapersonale determinante asupra controlului de sine şi abilităţile sociale, ce conduc la autoeficienţă.

În acelaşi timp, împreună cu aceste elemente generale, există un număr important de interacţiuni şi influenţe, atât între grupurile de influenţă cât şi între nivele.

După cum deja notase Bandura (1986) şi ulterior şi alţi autori, Flay şi Petraitis consideră comportamentul ca rezultat al situaţiei, persoanei şi mediului.

Influenţele atitudinale, sociale şi intrapersonale influenţează într-un mod indedendent şi afectează într-o formă interactivă deciziile de a acţiona sau nu într-un anumit mod (ex. a consuma sau nu o substanţă). Elementele intermediare de influenţă considerate sunt:

- ceea ce individul extrage din mediul său, situaţii şi trăsături de bază;
- expectativele pe care le are asupra comportamentului şi evaluarea sa privind aceste expectative;
- cunoştinţele sale în legătură cu starea de sănătate.

Specific acestei teorii este considerarea atât a factorilor direcţi cât şi indirecţi ce afectează comportamentul. În aceeaşi măsură aceasta serveşte la explicarea atât a comportamentelor abituale cât şi a noilor comportamente.

Un element final de mare relevanţă al teoriei este luarea decizilor. Conform cu această teorie, luarea decizilor este un proces dinamic. Aceasta considera că, decizia iniţială şi experienţele cu comportamentele în relaţie cu sănătatea produc un feed-back asupra subiectului şi vor influenţa decizii succesive asupra acestora.

- ***Modelul autocontrolului*** (Santacreu şi colab., 1992). Acest model elaborat pentru explicarea iniţierii şi menţinerii consumului de droguri are la bază autocontrolul şi porneşte de la modelul bio-psiho-social. Autorii consideră că geneza problemei porneşte de la încercarea adolescentului de a obţine surse aternative de întărire la cele pe care le are deja, sau i se oferă în mod concret. Scopul acestui demers este de a caştiga independenţa şi obţinerea unei anumite capacităţi de control prin căutarea unei alternative la întăririle parentale.

Dobândirea autocontrolului poate avea un caracter general sau poate fi izolata în anume tipuri de situaţie. La rândul său procesul de autocontrol se dobândeşte prin intermediul exercitării anumitor comportamente de către individ ceea ce implică o interacţiunea cu mediul. Printre abilităţile de autocontrol caracteristice se găsesc:

- rezistenţa la exprimarea agresivităţii după experimentarea unei frustrări;
- rezistenţa la trangresare, reglarea autoadministrării de întăriri şi rezistenţa la tentaţie.

La elaborarea programelor de prevenire şi asistenţă, este necesar ca acestea să îndeplinească următoarele cerinţe:

- definirea caracteristicilor populaţiei căreia îi este destinat şi identificarea factorilor de risc a acesteia;
- identificarea şi analiza factorilor care determină problema respectivă;
- diferenţierea între ceea ce reprezintă geneza problemei şi ceea ce reprezintă menţinerea acesteia.

Un model comprehensiv şi secvenţial al fazelor consumului de droguri

Recent, Becona, 1999, a propus un model comprehensiv şi sevenţial al fazelor consumului de droguri. Acesta propune 5 faze: faza de predispoziţie, de cunoaştere, de experimentare şi iniţiere a consumului, de consolidare (abuz şi dependenţă) şi faza de abandon sau menţinere şi/sau recădere.

În faza preliminară sau de predispoziţie se consideră următorii factori:

1. Biologici. Studiile au arătat că există o anumită vulnerabilitate genetică atât pentru alcool cât şi pentru restul drogurilor.

2. Psihologici. Autorii consideră importante personalitatea, inteligenţa şi învăţarea.

3. Socioculturali. Se referă la expectative, comportamente, evoluţie istorică, valori culturale specifice etc.

Faza de cunoaştere. În această fază sunt importante:

- mediul,
- procesul de învăţare,
- procesul de socializare şi
- expectativele.

Faza de experimentare şi iniţiere a consumului. În această fază factorii decisivi sunt cei cunoscuţi ca factori de risc şi de protecţie (despre care am discutat în referatul anterior).

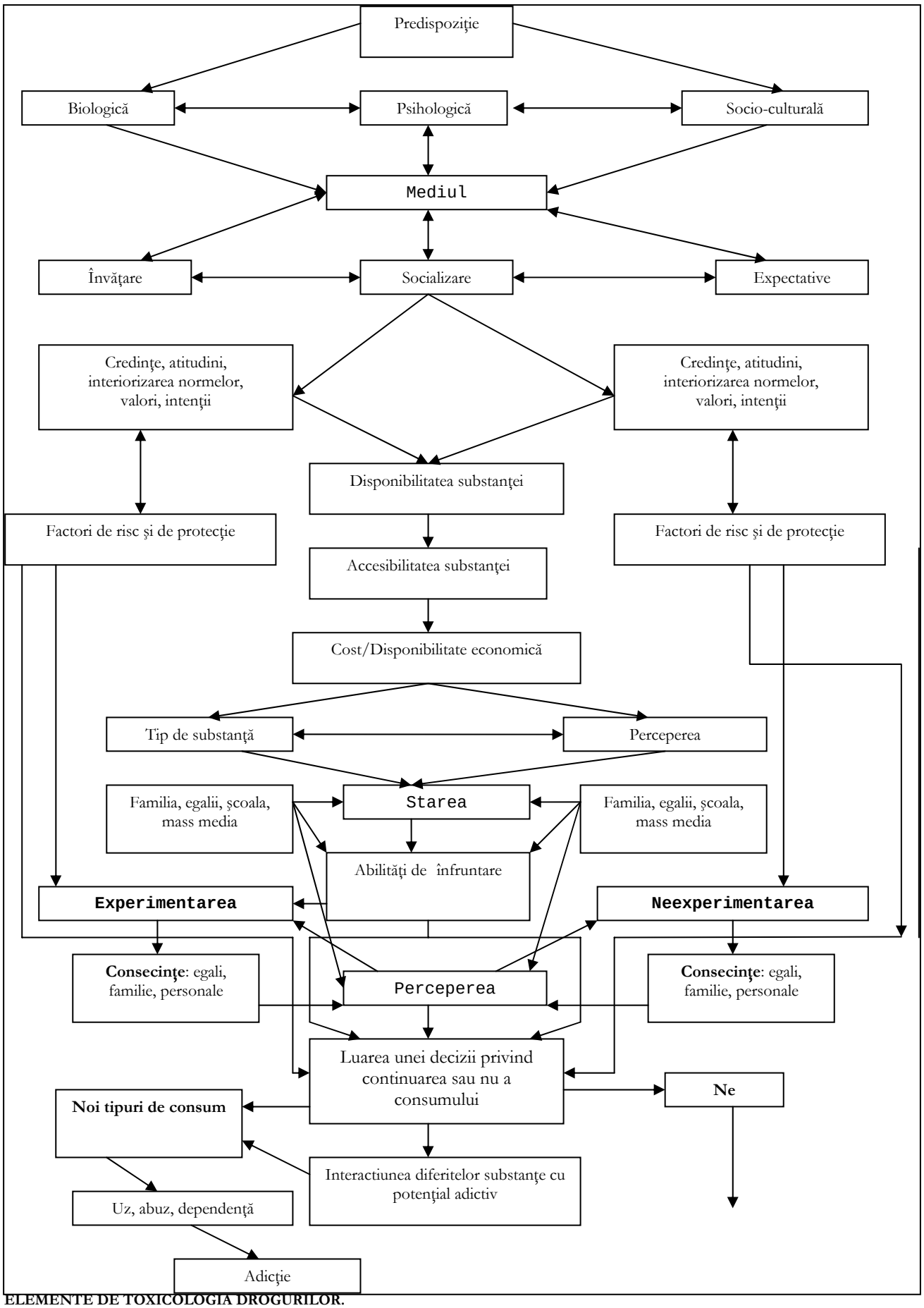
Faza de consolidare: de la consum la abuz şi la dependenţă. În această fază ceea ce va determina menţinerea consumului substanţei în mod fundamental sunt consecinţele, pozitive sau negative pe care le produce respectivul consum. Acestea vor fi în directă relaţie cu anturajul, familia şi cu sine.

Faza de abandon sau de menţinere. Orice comportament se realizează într-un continuu temporal, în care individul poate menţine acest comportament sau nu în cazul în care consecinţele sunt mai mult negative decât pozitive. Astfel, dintre consumatorii diferitelor tipuri de droguri unii vor înceta să le consume după una sau mai multe încercări, alţii după o perioadă de timp mai lungă sau mai scurtă iar alţii vor continua consumul în mod neîntrerupt de-a lungul multor ani sau întrega viaţă. Aceştia ultimii sunt cei care se află în faza de menţinere.

Motivaţia pentru abandon poate avea cauze externe (presiune familiei, a prietenilor, a societăţii etc.) sau interne (datorate problemelor cazate de consum fie de tip fizic, afectiv, familiar etc). Tratamentul joacă aici rolul său fundamental pentru obţinerea abstinenţei şi menţinerea acesteia pe termen lung.

Faza de recădere. Dependenţa de droguri poate fi considerată un comportament învăţat, consolidat şi dificil de îndepărtat. De aceea tratamentul poate fi considerat un proces pe calea unui drum plin de recăderi. Astfel individul abandonează consumul, recade, îl abandonează din nou şi din nou recade până când acest proces se menţine de-a lungul timpului, sau apare un moment când se obţine abstinenţa. Este vorba aici de fazele clasice ale tratamentului.

MODEL COMPREHENSIV ŞI SECVENȚIAL AL FAZELOR CONSUMULUI DE DROGURI. BECONA (1999)



DESPRE TRATAMENTUL DEPENDENŢEI LA OPIACEE. POATE FI EL SIMPLU, DE SCURTĂ DURATĂ ŞI BINE CODIFICAT ?

Folosirea drogurilor a devenit in zilele noastre un fenomen de grup, atingând toate categoriile socio-culturale, fără excepţie. Unii merg până la a considera toxicomania un « fenomen al civilizaţiei ». Substanţele utilizate sunt din ce in ce mai numeroase, iar subiecţi din ce în ce mai tineri recurg la aceste produse. Toxicomanii actuali sunt în marea lor majoritate adolescenţi. Cei care solicită tratament au vârste cuprinse între 18 şi 25 de ani adesea cu mulţi ani de farmacodependenţă în antecedente. Astăzi, toxicomania se întrepătrunde întotdeauna, mai mult sau mai puţin cu marginalizarea şi delincvenţa. Dependenţa iniţială, centrată pe un anumit produs, tinde să fie substituită de o « conduită toxicomaniacă » polimorfă, asociind mai multe produse, sau alternând la întâmplare, în funcţie de posibilităţile de aprovizionare heroina, cocaină, solvenţii, medicamentele şi alcoolul. Într-un domeniu în care factorii socio-culturali sunt pregnanţi, este greu de evidenţiat natura reală a problemei. Combinaţia toxic-subiect-societate are expresii simptomatice numeroase şI variate, de care orice tentativă terapeutică trebuie să ţină seama. Soluţiile propuse, în funcţie de ideologie, au fost foarte diferite, de la internarea psihiatrică la asistenţa psihosocială, trecând prin tehnicile comportamentale şi proiectele educative sau comunitare. Instituţiile implicate au fost la început rivale, cea medico-psihiatrică privind toxicomanul ca « bolnav », necesitând tratament, iar cea socială considerând dependenţa un simptom al dificultăţilor relaţionale. În faţa eşecurilor unor astfel de abordări unilaterale şI ţinând cont de caracterul multidimensional al fenomenului, au fost căutate soluţii mai adaptate. De-a lungul anilor, şi-a impus valoarea, treptat, organizarea asistenţei toxicomanilor după modelul "lanţului terapeutic". Acesta, în mod schematic cuprinde:

- primirea, fază de evaluare, ce permite elaborarea unui plan terapeutic adecvat şI individualizat şI în care se pune accentual pe eventuala cerere de dezintoxicare a subiectului;
- cura de detoxifiere, în care drogul este întrerupt :realizată în mediu spitalicesc, ea dă de asemenea ocazia unui bilanţ somatic, psihologic, sociofamilial şi este uneori urmată de o fază de convalescenţă în care se tratează aşa numitul « sindrom deficitar » ;
- post-cura, în care abstinenţa este consolidată :perioadă majoră a tratamentului în care ameliorarea obţinută după sevraj se structurează progresiv ; face appel la tehnici terapeutice diverse(psihoterapii individuale sau de grup, terapii corporale, socioterapie, strategii educative, etc.) ;este o perioadă lungă, cu evoluţie aleatorie, dar decisivă pentru învăţarea unui nou mod de viaţă, fără drog ;
- reinserţia, care permite subiectului să regăsească un statut social şI condiţii de viaţă stabile.

Acest lanţ terapeutic schematic are avantajul de a sublinia că asistenţa pentru toxicomani trebuie să fie bine gândită, ierarhizată şi secvenţială. Sunt expuse obiectivele şI strategiile fiecărei faze. Apare cu claritate faptul că tratamentul nu poate fi de scurtă durată.

Contrar unei idei larg răspândite în opinia publică dar şi printre toxicomani, care atribuie curei de sevraj un efect magic, aceasta nu reprezintă în nici un caz elementul esenţial al lanţului terapeutic. Ea ar trebui să se articuleze întotdeauna cu post-cura, adevărată perioadă de « sevraj psihologic », care va stimula în mod progresiv subiectul să se implice în alte domenii decât drogurile. In această perspectivă, diversitatea tehnicilor propuse, uneori opuse conceptual, capătă coerenţă prin necesitatea ca fiecare pacient în parte să găsească o formulă corespunzătoare nevoilor sale, modului său relaţional, posibilităţilor sale de adaptare. Datorită suferinţei şi consecinţelor legate de dependenţă, fiecare toxicoman simte din când în când dorinţa să se oprească. Aceasta nu vrea să spună că este pregătit să-şi schimbe modul de viaţă. Un sevraj impus din exterior sau făcut în urgenţă poate da ocazia unui prim contact cu serviciile de îngrijire şi debutul unei articulări terapeutice. Din păcate un sevraj impus, insuficient pregătit, sau neadecvat riscă să ducă spre un impas si să descalifice pentru lung timp ideea de a apela la serviciile de îngrijire. Adesea este nevoie de timp şi de experienţă pentru a încerca să transformi o dorinţă vagă într-o angajare personală autentică. Efectele pe termen lung ale dezintoxicării vor depinde în mod esenţial de semnificaţia sa pentru individ, de condiţiile în care este efectuată şi de posibilitatea articulării sale cu postcura şi cu o reală schimbare a modului de viaţă.

Dependenţa de heroină poate evolua in multiple moduri. Unii subiecţi pot prezenta episoade mai lungi sau mai scurte de abuz sau de dependenţă, mai ales în anumite perioade de stress psihosocial. Alţii, se pot intoxica fără-ntrerupere până la moarte. În marea majoritate a cazurilor, evoluţia dependenţei de opiacee este caracterizată de alternanţa perioadelor de intoxicare cu remisii parţiale sau complete ; oprirea completă a consumării drogului survine de obicei după o medie de 10 ani de astfel de evoluţie. Factorii care în mod clar influenţează favorabil evoluţia sunt de ordin socio-demografic : nivel bun de şcolarizare, slujbă stabilă, viaţă de cuplu sau de familie. La polul opus, problemele cu justiţia şi existenţa unui partener de viaţă toxicoman sau alcoolic, sunt asociate cu o evoluţie defavorabilă. În tot acest context, la care se adaugă certitudinea că un număr deloc neglijabil de consumatori îşi rezolvă singuri problema, fără ajutor medical sau social, treboie căutat locul tratamentului.

CARE SUNT OBIECTIVELE TRATAMENTULUI PE TERMEN LUNG

Majoritatea autorilor susţin că în cazul dependenţei, singurul obiectiv valabil este obiectivul drog zero, oprirea definitivă a oricărui consum de droguri. Totuşi, date fiind evoluţia dependenţei de opiacee, ca tulburare cronică, cu remisiuni şi recăderi şi numeroasele eşecuri de menţinere a abstinenţei, controversele privind exigenţele pe care le putem avea de la tratament rămân deschise.

Unii preconizează, brusc, o abstinenţă totală de-a lungul unei întregi vieţi. Alţii, iau în considerare abstinenţa limitată temporal la perioada sau perioadele de rezoluţie a tulburărilor asociate dependenţei, considerând că în final, aceasta va conduce « în mod natural » la oprirea consumului. In fine alţii, ţinând cont de dificultatea de a atinge abstinenţa, sugerează ca subiectul să înveţe să-şi controleze consumul cu scopul de a limita frecvenţa şi severitatea recăderilor.

Dezvoltarea cu rezultate bune a tehnicilor de substituţie, ridică şi ea probleme conceptuale. Pentru mulţi autori, substituţia permite reducerea riscurilor inerente consumului de opiacee şi favorizează instituirea altor strategii terapeutice, scopul final fiind tot oprirea definitivă a consumului de droguri. Totuşi, comparaţia cu diabetul şi insulina făcută de Dole şi Nyswander sugerează posibilitatea unui tratament pe viaţă, scopul ne mai fiind abstinenţa ci reinserţia psihosocială a pacienţilor.

Se observă uşor cât sunt de diferite aceste puncte de vedere şi cât de mult depind de ipotezele teoretice pe care ni le construim pentru a înţelege fenomenul dependenţei.

Studii făcute în Statele Unite pentru a compara între ele diferite programe şi scheme terapeutice au oferit puţine răspunsuri ridicând noi semne de întrebare. Ca regulă generală, nu s-a putut demonstra superioritatea unei scheme terapeutice faţă de alta. Aceste studii aduc în discuţie definirea unor criterii de eficienţă. In mod cert, pacienţii deveniţi abstinenţi complet au cel mai bun prognostic pe termen lung. Inseamnă oare că abstinenţa este singurul criteriu valabil ? Consumul intermitent şi controlat, deplasarea dependenţei spre alte produse cum ar fi alcoolul sau medicamentele psihotrope, ar putea fi considerate evoluţii favorabile în măsura în care s-ar abandona modul de viaţă cu totul parazitat de drog ? O substituţie reuşită este sinonimă cu vindecarea ? De fapt, aceste studii arată că evaluarea viitorului subiecţilor dependenţi de opiacee nu se poate sprijini doar pe consumul drogului : adaptarea socială şi funcţionarea psihologică generală (statut marital, profesional, petrecerea timpului liber, distracţii), tulburările psihopatologice, problemele medicale, conduitele antisociale, sunt tot atâtea dimensiuni de care trebuie ţinut cont în judecarea eficacităţii unui program de tratament. Un rol important se pare că-l joacă şi contextul socio-cultural. Astfel, în ţările occidentale industrializate, unde s-a instaurat un climat de oarecare acceptare socială şi depenalizare a consumului de droguri, programele de tip drog zero cunosc un relativ eşec. Situaţia este diametral opusă în Japonia şi Singapore probabil datorită menţinerii unei filosofii ce are la bază valorile familiei şi implicarea socială.

CARE SUNT MODELELE DE TRATAMENT ?

Strategiile terapeutice propuse pentru dependenţa de opiacee sunt numeroase : chimioterapie, terapii cognitiv comportamentale, alte tipuri de psihoterapii, terapii de grup, terapii de familie, grupuri de auto-ajutor. Aceste strategii sunt integrate de multiple şi variate programe, care diferă între ele prin obiectivele urmărite şi mijloacele folosite. Totul este posibil în acest domeniu. Schematic, se disting două modele extreme: modelul tip Alcoolicii Anonimi şi modelul multidisciplinar. Primul, este centrat strict pe problema dependenţei de drog. Foarte structurat, el implică în mod progresiv: recunoaşterea realităţii dependenţei şi a consecinţelor sale; acceptarea necesităţii unui ajutor exterior; identificarea schimbărilor necesare; realizarea acestor schimbări şI învăţarea unui nou mod de viaţă, fără drog.

Modelul multidisciplinar îşi propune scopul de a se ocupa de totalitatea dificultăţilor subiectului. Implică intervenţia mai multor specialişti: psihiatri, psihoterapeuţi, medici generalişti, asistenţi sociali, educatori. Fiecare dintre ei este responsabil de intervenţia în domeniul său de activitate. Totul se îmbină în cadrul unui proiect terapeutic individualizat, elaborat în funcţie de nevoile specifice fiecărui subiect.

Aceste două modele pun într-un mod exemplar problema filosofică generală a asistenţei dependenţei de opiacee : a se axa exclusiv pe dependenţă, sau a lua în considerare dificultăţile globale ale unui subiect, apreciind că dependenţa este doar o manifestare particulară a acestora.

CARE SUNT CONSECINŢELE ASUPRA VIITORULUI TOXICODEPENDENTULUI?

Datorită polimorfismului semiologic, etiologic şi evolutiv, tratamentul dependenţei de opiacee nu poate fi simplu, de scurtă durată sau bine codificat.

Alegerea unui anumit tratament trebuie făcută cu grijă. De ea va depinde sensul modificării comportamentului unui subiect. Desigur, dependenţa de opiacee tinde să uniformizeze

comportamentele. Aceasta nu înseamnă că integrarea tuturor într-un acelaşi program terapeutic, într-un acelaşi circuit al centrelor terapeutice îi poate ajuta. Dependenţa înscriindu-se într-un context individual şi de mediu specific fiecărui subiect, tratamentul nu poate fi univoc. El trebuie să fie adaptat fiecărei situaţii în parte, ţinând cont de singularitatea şi particularitatea sa.

LOCUL ŞI ROLUL POSTCUREI ÎN PROGRAMUL DROG ZERO

Definitia şi importanţa postcurei

Postcura este o etapă a procesului terapeutic de recuperare a persoanei dependente de droguri, care urmează dezintoxicării fizice şi presupune oferirea de suport psihologic, social şi medical, cu scopul menţinerii abstinenţei şi reintegrării sale în societate.

Specificul acestei faze constă, în primul rând, în abordarea terapeutică multidisciplinară, bio-psiho-socială, corespunzătoare complexităţii fenomenului dependenţei de drog.

Demersurile prin care este sprijinită persoana dependentă în această fază constau în:

- Demersuri care au ca scop menţinerea abstinenţei:
  - întărirea motivaţiei de a renunţa la drog;
  - educarea clientului şi persoanelor de suport cu privire la fenomenul dependenţei de droguri;
  - învăţarea tehnicilor de prevenire a recăderii;
  - consilierea familiei pentru a-şi depăşi disperarea sau atitudinea de rejecţie a persoanei dependente, şi pentru a o orienta în adoptarea unei atitudini care să vină în sprijinul recuperării acestuia.

- Demersuri care au ca scop adoptarea unui stil de viaţă fără droguri, stabil şi productiv:
  - structurarea timpului, creşterea stimei de sine, crearea de abilităţi relaţionale, restructurarea cognitiv-emoţională, obţinerea autonomiei personale
  - facilitarea reintegrării persoanei dependente în societate prin orientare şcoalară/vocaţională şi medierea cu alte instituţii, în vederea continuării şcolii, formării profesionale, obţinerii unui loc de muncă
  - tratarea problemelor de sănătate şi educare cu privire la riscurile asociate consumului

Postcura este faza în care sunt accesate şi aduse împreună toate forţele de sprijin din universul persoanei dependente de drog, pentru a susţine procesul recuperării ei.

4.2. Situaţia toxico-dependentului după dezintoxicare

Dependenţa psihică

Dependenţa psihică de drog este caracterizată prin căutarea şi consumul compulsiv al drogului, asociată cu incapacitatea de a stopa consumul, în ciuda evidenţei consecinţelor negative. Este,

fundamental, un efect al renunţării la libertatea de a alege şi are la bază o falsă asociere a obţinerii plăcerii cu încercarea de a găsi o mulţumire spirituală. Aceasta duce la întreruperea şi deteriorarea dezvoltării fizice şi psihice, inadaptarea socială, izolarea şi falimentul spiritual.

În DSM IV sunt prezentate următoarele caracteristici pentru dependenţa psihică:

- *Substanța este adesea luată în cantitate mai importantă sau o perioadă mai lungă decât a fost prevăzut*
- *Există o dorință persistentă sau eforturi infructuoase pentru a diminua sau pentru a controla utilizarea substanței*
- *Se dedică o mare cantitate de timp activităților necesare pentru obținerea substanței, utilizarea produsului sau pentru a-și reveni de sub efectele sale.*
- *Activități sociale, profesionale sau recreative importante sunt abandonate sau reduse din cauza utilizării substanței;*
- *Utilizarea substanței este continuată, deși persoana știe că are o problemă psihologică sau fizică persistentă sau recurentă care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanță.*

În cele ce urmează, vom căuta să identificăm reperele definitorii ale dependenţei psihice şi presiunile multiple ce potenţează această condiţie. Scopul nostru este acela de a contura universul psihologic al dependentului care tocmai a urmat o cură de dezintoxicare şi care se află în pericolul iminent de a reveni la consum.

Mulţi dintre cei care devin dependenţi de droguri au undeva, ascunsă, o nefericire, un sentiment de deznădejde sau durere. Dependentul de drog are, adesea, răni adânci în familie. Minciuna, furtul, pierderea serviciului, violenţa şi chiar actele infracţionale sunt simptome ale comportamentului dependent.

Dependenţa de drog este o tulburare cu debut insidios, persoana trăind multă vreme cu senzaţia că poate controla consumul. Caracterul insidios al dependenţei de drog constă în faptul că efectele plăcute ale consumului sunt sigure şi imediate, în timp ce multe din consecinţele negative, cum ar fi problemele de sănătate, pierderea locului de muncă, întreruperea şcolii sau divorţul sunt nesigure şi îndepărtate. Această disjuncţie temporală între consecinţele pozitive şi negative ale consumului de droguri duce la dependenţă, înainte ca majoritatea consecinţelor negative să se facă simţite.

O dată cu instalarea dependenţei, eforturile susţinute de a controla cantitatea, frecvenţa şi durata consumului vor întâmpina eşecuri repetate. Dorinţa de a renunţa la consum devine, la un moment dat, un leit-motiv chinuitor în viaţa persoanei dependente. Absenţa drogului produce impulsuri intense de a consuma, datorate ajustării fizice şi psihice a dependentului la consumul de drog. Întreaga sa viaţă devine dominată de nevoia imperioasă de a găsi şi consuma drogul, pentru a-şi procura plăcerea sau pentru a reduce durerea.

Persoana începe să petreacă din ce în ce mai mult timp gândindu-se la drog, la felul în care îl va procura. Treptat, ajunge să se izoleze. Nu mai consumă pentru a fi la fel ca ceilalți, ci pentru efectul pe care îl obține – trăirea senzației, modificarea gândurilor, sentimentelor și comportamentului sau anularea durerilor asociate sevrajului. Ajunge să consume mai mult decât își planifică. Încearcă să se asigure că drogurile vor fi mereu și imediat disponibile. Are nevoie de o cantitate tot mai mare de drog, pentru a obține același efect. Pe de altă parte, se simte tot mai vinovat cu privire la comportamentul său, trăind sentimente de durere sau remușcare . Își promite sieși și altora că se va droga mai puțin, că va renunța la drog. Vorbește serios de fiecare dată, dar nu reușește să-și țină promisiunea.

Concentrarea asupra puternicei experienţe de plăcere, repetată iar şi iar, limitează abilitatea psihologică a persoanei de a se concentra şi învăţa. Anticiparea viitoarei plăceri, consecutive consumului de drog duce, în timp, la o distragere de la conştientizarea propriei vieţi, persoana dependentă centrându-se exclusiv asupra trăirilor corpului. Orice alte aspecte ale vieţii devin lipsite de interes. În plus, ea are un mijloc simplu şi eficient pentru anularea durerii şi frustrărilor.

La orice frustrare sau sentiment neplăcut trăit în viaţa de zi cu zi această persoană a reacţionat consumând drogul, ca modalitate de a evita aceste aspecte. În acest fel, problemele cotidiene, obişnuite, nu şi-au găsit căi fireşti de rezolvare. Dependentul nu a reuşit să crească, să se maturizeze, confruntându-se cu aceste probleme. Evident, o astfel de persoană nu e capabilă să tolereze frustrări normale şi să întârzie gratificările. Fiind incapabilă să stopeze consumul şi să facă faţă problemelor cotidiene, imaginea de sine are mult de suferit. în plus, îşi pierde abilitatea de a experimenta o gamă de emoţii care fac parte integrantă din condiţia umană, fără de care viaţa nu poate fi trăită într-un mod deplin şi semnificativ. Funcţionarea socială, familială şi psihologică sunt în mod dramatic diminuate.

Vine un moment în care dependentul ajunge să simtă că viaţa sa este fără sens. Durerea care l-a împins la consum este încă acolo. Câmpul său de acţiune este drastic diminuat. Stilul său de viaţă dependent a dus la sărăcirea interioară şi la izolare. în acelaşi timp, şi-a pierdut prietenii, familia sa este disperată şi furioasă. Trăieşte cu stigmatul şi dezaprobarea societăţii. Sănătatea sa fizică este deteriorată iar vânarea permanentă a drogului a devenit obositoare.

Dependentul se menţine multă vreme în această situaţie de criză existenţială, înainte ca dorinţa de a renunţa la drog să se transforme în decizia de a acţiona în consecinţă, apelând la serviciile de dezintoxicare.

Pentru dependent, dezintoxicarea presupune asumarea durerilor sevrajului, un pas foarte important pentru recuperare, având în vedere faptul că fuga de orice înseamnă durere este strâns legată de fenomenul dependenţei.

După dezintoxicare, persoana dependentă se simte, de multe ori, secătuită fizic şi psihic, având senzaţia că a făcut un efort considerabil. Atitudinea dependentului poate varia, în funcţie de experienţa sau de măsura cunoştinţelor sale în ceea ce priveşte fenomenul dependenţei de droguri, de la încrederea deplină în capacitatea sa de a-şi menţine abstinenţa (credinţa că problema a fost rezolvată prin dezintoxicare şi efortul lui a fost suficient), până la instalarea unei stări depresive (mai ales în cazul unor dezintoxicări repetate, urmate de recăderi).

Ce se întâmplă cu dependentul de drog, care a reuşit să obţină abstinenţa, prin dezintoxicare? În cazul în care se reîntoarce în mediul din care provine, fără a urma celelalte etape ale procesului de reabilitare, şansele lui de a rămâne abstinent sunt foarte mici. Factorii personali şi de mediu care au determinat instalarea şi menţinerea dependenţei vor continua să acţioneze asupra lui. De asemenea, îi lipsesc abilităţile de a face faţă situaţiilor cu risc mare de recădere.

Vom prezenta în continuare acei factori asupra cărora este necesară o intervenţie imediată, fiind în măsură să influenţeze revenirea la consum.

SITUAŢII ŞI STIMULI DE MARE RISC PENTRU MENŢINEREA ABSTINENŢEI

Întoarcerea acasă, după dezintoxicare, implică în primul rând întâlnirea cu acei stimuli şi acele situaţii (prieteni consumatori, locuri, obiecte, anumite stări) care au fost asociate în mod repetat cu consumul de drog, respectiv cu efectele acestuia. Aceşti stimuli sunt în măsură să

declanşeze impulsul puternic de a consuma, constituindu-se în factori ce pun într-un pericol cvasi-permanent menţinerea abstinenţei.

Indiferent de gravitatea problemelor sociale cu care se confruntă, de specificul substanţei de consum sau de cantitatea de stres la care este supus, dependentul de drog este vulnerabil să recadă, fără a fi avertizat în prealabil, trăind experienţa pierderii controlului într-un mod aproape misterios.

Stimulii condiţionaţi cei mai puternici care precipită consumul de droguri sunt cei imediat asociaţi cu utilizarea drogului. Pentru un dependent de heroină, aceştia sunt vederea şi manipularea acului, seringii, lingurii, folosite la prepararea şi administrarea drogului. Alţi stimuli care pot provoca impulsul de a consuma sunt: oferta de a consuma drog, întâlnirea cu distribuitorul sau cu un alt consumator, plictiseala, conflictele, o gamă largă de emoţii din registrul pozitiv sau negativ, precum şi orice amintire legată de senzaţia obţinută după administrare.

Ambivalenţa între dorinţa de a-şi menţine abstinenţa şi tendinţa de a relua consumul însoţeşte multă vreme persoana dependentă de-a lungul procesului ei de recuperare. În momentul în care este expusă unui stimul de mare risc, conflictul dintre cele două tendinţe devine dificil de gestionat. În absenţa unei motivaţii suficient de puternice şi a unor strategii de a face faţă acestei situaţii, recăderea este greu de evitat.

Orice program de postcură are ca obiectiv principal, legat de menţinerea abstinenţei, însuşirea de către persoana dependentă a tehnicilor de prevenire a recăderilor. În esenţă, acestea se referă la identificarea factorilor de risc crescut pentru recădere, specifici fiecărui individ şi învăţarea tehnicilor de a face faţă influenţei acestor factori.

SUFERINŢA PSIHICĂ

Durerea, nemulţumirea, insatisfacţia sau frustrările care au favorizat debutul consumului de drog, ca mod de a fugi din faţa unei realităţi percepute ca fiind prea dură, sunt aceleaşi cu cele de la începutul consumului, sau chiar s-au amplificat, datorită disfuncţiilor psihosociale accentuate de consum. Toleranţa scăzută la frustrare, inabilitatea de a se confrunta cu aspectele neplăcute ale vieţii, constituie un alt factor declanşator al impulsului de a consuma. Oricând se va întâlni cu durerea sa, cu teama de a admite adevăruri despre sine, cu sentimentul de vinovăţie sau cu imaginea negativă despre sine, dependentul va trăi o dorinţă puternică de fugă din lumea reală, căutând un refugiu în drog.

La mulţi dintre dependenţi, după cura de dezintoxicare, se instalează o stare depresivă, ca reacţie de doliu la pierderea obiectului reprezentat de drog. Este o pierdere puternic resimţită, de vreme ce, pentru o lungă perioadă de timp, drogul a constituit principala sa sursă de satisfacţie şi principalul mijloc de alinare a suferinţelor. Fără senzaţiile pe care drogul i le aducea şi fără viaţa sa centrată pe căutarea drogului, persoana dependentă se confruntă cu un gol pe care simte că nu îl poate umple.

Pentru a dobândi curajul de a se întâlni cu sine însuşi, el are nevoie de a fi susţinut, de a fi acceptat ca persoană, de relaţiaţii bazate pe încredere şi respect. Persoanele apropiate, puternic afectate de problema lui, nu mai au răbdarea şi resursele necesare pentru a-i oferi toate aceste lucruri. El are nevoie de un ajutor specializat care să vină în întâmpinarea acestor nevoi şi să îl stimuleze în confruntarea cu propriile sale probleme şi suferinţe, în depăşirea acestora şi obţinerea autonomiei şi satisfacţiei personale.

EFECTELE ÎN PLANUL MATURIZĂRII

Cel mai adesea, consumul de droguri apare la vârsta adolescenţei, vârstă critică datorită modificărilor majore care se petrec în această perioadă şi care duc la crearea unei identităţi şi a unui sistem consistent de valori. În căutarea propriei identităţii, adolescenţii experimentează, punându-se pe ei înşişi în cele mai diverse situaţii şi roluri. Este o vârstă la care persoanele învaţă să-şi asume responsabilităţi, să ia decizii, să iniţieze relaţii mai autentice cu semenii lor. Modelul oferit de adulţi nu mai este unul satisfăcător. Din nevoia sa de a-şi dobândi independenţa şi identitatea proprie încearcă să iasă din starea de dependenţă reprezentată de relaţia copil-adult. Apare cu foarte mare intensitate nevoia de a se opune sfaturilor oferite de adulţi. Tendinţa este aceea de a alege modele opuse, de a se plasa la extreme.

Nu întâmplător este vârsta la care debutează, de obicei, consumul de droguri. Disconfortul trăit de adolescenţi, dificultăţile întâmpinate în a-şi găsi propria identitate şi în a se afirma, nevoia de a umple golul creat de inconsistenţa sistemului de valori, de lipsa de claritate a modelelor care li se propun şi dificultăţile de comunicare îi determină adesea să caute un răspuns în exterior. Pentru mulţi, din păcate, acest răspuns, aparent satisfăcător este DROGUL. Iată de ce, un consum de drog de cândţiva ani, care a debutat la o vârstă foarte fragedă, lasă persoana într-o stare de maximă dezorientare. Într-un fel putem spune că a pierdut ani din viaţă, nu a apucat să înveţe destul despre sine, să se maturizeze, nu a reuşit să-şi formuleze un scop şi o direcţie în viaţă, îi lipseşte abilitatea de a iniţia şi păstra o relaţiaţie autentică cu o altă persoană.

Situaţia familială şi relaţiile de suport

Familia reprezintă una din cele mai puternice resurse în lupta toxicodependentului cu boala sa. Din păcate însă, drumul de la familia ca resursă până la angajarea ei într-un mod eficient în această luptă este presărat cu obstacole. Este binecunoscută importanţa pe care o are familia în a influenţa decizia persoanei dependente de a intra într-un program de recuperare şi de a-l urma până la capăt.

Aspectul asupra căruia ne vom concentra atenţia, pe parcursul acestui capitol, este rolul pe care în are familia în etapa de după dezintoxicare, încercând să surprindem momentul psihologic al ieşirii din cura de dezintoxicare, respectiv felul în care familia contribuie la procesul de recuperare sau, dimpotrivă, la menţinerea problemei. Cu toate acestea, o privire scurtă asupra situaţiei de dinainte de dezintoxicare ne va ajuta să înţelegem mai bine problemele pe care le întâmpină familia în a deveni un sprijin real şi eficient pentru dependent.

În mare parte din cazuri, dependenţa sau chiar consumul este identificat sau recunoscut ca atare de familie doar după ani de zile de la debut. Intervin aici două aspecte, unul legat de *caracterul insidos al dependenţei*, celălalt legat de *mecanismele de apărare* ale membrilor familiei (cel mai adesea negarea sau raţionalizarea), puse în acţiune de o situaţie percepută ca fiind deosebit de dramatică.

Dependenţa de drog nu-şi afectează victimele rapid şi radical. Membrii familiei, în general puţin informaţi cu privire la droguri, tind fie să nu observe semnele consumului, fie să se îndoiască de faptul că cel iubit este într-adevăr dependent. Această stare este menţinută multă vreme, familia dorind ca lucrurile să poată fi normale, sperând că se înşeală, că este doar un episod, bazându-se pe promisiunile dependentului, uneori foarte convingător exprimate, că va renunţa la consum. Pe măsură ce boala progresează, iar semnele acesteia nu mai pot fi ignorate, familia începe să se învinovăţească pentru această problemă. Cu cât dependenţa devine mai puternică, sentimentul de vinovăţie face ca membrii familiei să devină mai vulnerabili. Această situaţie alimentează depresia lor, justifică furia lor şi distruge stima personală. Deseori, membrii

familiei devin plini de resentimente, frică şi chiar ură faţă de persoana care-i face să sufere atât de mult.

Hotărârea persoanei dependente de a renunţa la consum, de a apela la un serviciu de dezintoxicare, reprezintă nu doar un prim pas în tratament ci şi recunoaşterea, atât socială cât şi faţă de sine, a problemei reprezentate de consum. Această recunoaştere este un prim pas foarte dificil şi pentru familie, pentru că aduce cu sine, pe lângă speranţă, şi o accentuare a sentimentelor existente, deja contradictorii.

În momentul în care persoana dependentă de drog iese de la dezintoxicare, familia şi cei apropiaţi sunt deja goliţi de resurse. Îşi doresc să aibă din nou o viaţă normală. Se simt îndreptăţiţi să solicite o compensaţie directă pentru suferinţa şi eforturile lor. Îşi doresc să se poată reface după atâta suferinţă, să se poată odihni şi să se poată ocupa de celelalte aspecte ale vieţii lor, multă vreme neglijate din cauza centrării pe această mare problemă a fiului, fratelui, surorii sau partenerului consumator.

Din dorinţa, uneori disperată, ca această situaţie de criză să „dispară", membrii familiei adoptă, de cele mai multe ori, una dintre următoarele atitudini: se "agaţă" de speranţa că dezintoxicarea este ultimul efort care mai trebuie făcut; consideră că numai ei sunt în stare să remedieze situaţia; abordează o atitudine pasivă, de non-implicare, simţindu-se depăşiţi şi neputincioşi. Fiecăreia dintre atitudini îi corespunde un mesaj specific care ajunge la persoana dependentă, îngustându-i câmpul de acţiune şi sabotându-i încrederea în recuperare.

Speranţa că problema s-a rezolvat prin dezintoxicare, că lucrurile vor reveni imediat la „normal", transmisă direct sau indirect persoanei dependente poate fi percepută ca o invitaţie de a-nceta să mai vorbească sau să aducă vorba despre droguri. În consecinţă, poate fi o piedică serioasă în a urma celelalte etape ale programului de recuperare, o invitaţie la a ascunde cât mai bine semnele unei eventuale recăderi, de a nu mai cere ajutor în lupta, care abia acum începe, de menţinere a abstinenţei.

Asumarea responsabilităţii pentru recuperarea persoanei dependente de către un membru al familiei, fie că ia forma unui control rigid - care poate crea iluzia că ţine la distanţă pericolul revenirii la consum, fie că se transformă într-un scop al vieţii pentru persoana de suport, exclude din ecuaţie singura persoană care, cu adevărat, poate duce lupta cu dependenţa, persoana care suferă direct de această tulburare. Ideea că prin exercitarea unui control strict asupra dependentului de drog poate ţine la distanţă problema, mai ales când acest control presupune izolarea sa completă, este pe cât de falsă, pe atât de nocivă. O astfel de atitudine se pune în calea construirii unui nou stil de viaţă care să favorizeze recuperarea. Izolarea persoanei dependente o lasă pe aceasta fără nici o posibilitate de apărare în faţa tentaţiilor cu care, mai devreme sau mai târziu, se va confrunta. În plus, obţinerea autonomiei personale este o condiţie a recuperării şi menţinerii abstinenţei pe parcursul vieţii.

O atitudine de non-implicare, bazată pe sentimentul că orice efort este inutil, că persoana dependentă se va întoarce la consum, o lasă pe aceasta fără nici un fel de sprijin din partea celor apropiaţi şi îi alimentează neîncrederea cu privire la propria recuperare.

De foarte multe ori aceste atitudini se amestecă şi se succed una alteia. Pe de o parte, persoanele apropiate dependentului au trăit multă vreme sentimente de *furie* legate de lipsa lui de responsabilitate şi multe *dezamăgiri* din partea lui. Pe de altă parte, ei au *remuşcări* legate de nefericirea lui şi de pierderile pe care le-a suferit. **Tensiunea** dintre mânie şi vină face ca persoanele apropiate dependentului să nu poată privi situaţia într-un mod **obiectiv**. Este probabil ca în anumite momente membrii familiei să aibă reacţii exagerate şi să-l critice iar în

alte momente să nu ezite în a-şi afirma compasiunea şi în a fi exagerat de permisivi, întărind chiar comportamentul adictiv.

Indiferent de forma pe care o iau, oricare din aceste atitudini reprezintă un continuu izvor de frustrări pentru persoana dependentă.

Fiind obişnuiţi cu tabloul promisiunilor repetate şi încălcate, cu sentimentul că indiferent câte eforturi s-au făcut lucrurile nu s-au rezolvat, la care se adaugă şubrezirea relaţiaţiilor din interiorul său, familia încetează să-şi exercite funcţiile de care este atât de mare nevoie acum. Membrii ei neconsumatori se simt incompetenţi, se simt vinovaţi deopotrivă de atitudinile prea ferme sau de lipsa de reacţie. În acest context, ceea ce trebuie restabilit este echilibrul familiei, eliberarea ei de resentimente şi aducerea la o stare de funcţionare care să-i permită să se erijeze într-un sprijin efectiv în recuperare. Acest sentiment al incompetenţei şi zădărniciei este trăit şi de dependent, care este afectat de lipsa recunoaşterii eforturilor lui de recuperare.

Dacă în perioada de dinainte de dezintoxicare solicitările familiei, ca şi reproşurile ei, erau centrate pe problema renunţării la consum, de îndată ce a depăşit dependenţa fizică şi dă primele semne de recuperare, acestea încep să fie îndreptate spre tot ceea ce nu a făcut şi ceea ce ar fi trebuit să facă până în acel moment din viaţa sa.

Trebuie să ţinem cont de faptul că dependentul se află doar la primul pas în recuperare, un prim pas ce deja a presupus un efort semnificativ (depăşirea sevrajului). Ceea ce urmează este însă cu mult mai dificil. Tânărul se va întoarce în mediul din care a plecat, un mediu de obicei saturat de droguri. Simte nevoia de a fi înţeles şi sprijinit. Din păcate, dependenţa de drog, mai ales o dependenţă veche de câţiva ani, duce de cele mai multe ori la pierderea prietenilor neconsumatori. Acest lucru se datorează faptului că prietenii ajung să se retragă din relaţie în urma unui şir de încercări „inutile" în a-l ajuta, dar mai ales dezinteresului său pentru orice fel de activitate în afara consumului. Cel mai adesea, datorită abandonului şcolar sau profesional, sunt întrerupte şi relaţiile cu colegii de şcoală sau de serviciu.

Prietenii consumatori, (singura verigă menţinută din reţeaua socială) este necesar să fie evitaţi, pentru că, în sine, reprezintă stimuli foarte puternici care „invită" la consum. Cu unele excepţii, familia rămâne singura care i-ar putea oferi sprijinul necesar pentru a face faţă luptei sale. Recuperarea este, în mare măsură, o decizie şi o luptă personală, dar care este greu de dus fără suport afectiv.

Redobândirea sprijinului, înţelegerii şi încrederii persoanelor apropiate, în special a familiei, este, în acest moment, foarte importantă pentru persoana dependentă. Intensitatea cu care este trăită această nevoie este unul din cele mai frecvente aspecte întâlnite în experienţa noastră de lucru cu persoanele aflate în postcură. Este, totodată, una din cele mai preţioase resurse în procesul de recuperare, lucru de care mulţi dintre părinţi sunt mai puţin conştienţi.

În condiţiile în care persoana dependentă duce o luptă foarte dificilă de adaptare la o viaţă din care foarte multă vreme a lipsit, în care orice satisfacţie în afara succesului în lupta cu propriile tentaţii lipseşte, în care practic totul trebuie reconstruit, lipsa de recunoaştere a eforturilor sale este în măsură să creeze o puternică anxietate. Nu trebuie să uităm faptul că cea mai simplă modalitate pe care o persoana **toxicodependentă** o are la îndemână pentru a scăpa de anxietate, stres şi tensiune este consumul de drog.

Avem în faţă un tablou complex si tensionat. Aşteptările şi nevoile familiei şi ale tânărului toxico-dependent sunt în conflict. Familiei îi este din ce în ce mai dificil să restabilească limitele unei atitudini adecvate, alternând cererile adresate membrului ei problemă de a-şi asuma întreaga responsabilitate faţă de propria recuperare, cu tentativa de a prelua ea responsabilitatea asupra recuperării; ezitând între a-l considera incapabil să-şi rezolve problema

şi a-i cere imposibilul (să fie imediat tot ce ar fi ajuns să fie dacă nu consuma). Un tablou în care grija şi furia excesivă faţă de toxicodependent se amestecă, iar persoanele care pot constitui cel mai mare sprijin în recuperare pot, de asemenea, să contribuie la perpetuarea problemei.

Pentru ca familia să-şi exercite forţa ei în recuperare ea trebuie să fie sprijinită şi readusă la modul ei firesc de funcţionare. Este necesară o intervenţie în familie, concomitent cu tratarea persoanei dependente.

Este indispensabil ca atât dependentul de drog, cât şi familia lui să înţeleagă că dezintoxicarea fizică nu este decât o soluţie pe termen scurt a problemei, că procesul nu s-a încheiat, că dependenţa are implicaţii mult mai mari în plan psihologic şi social şi este nevoie de eforturi susţinute, pe termen lung, pentru menţinerea abstinenţei.

Odată eliberată de sentimentele de culpabilitate, prin înţelegerea fenomenului dependenţei şi a modalităţii de a-l aborda constructiv şi odată restabilit sentimentul de apartenenţă şi susţinere din partea familiei, aceasta se poate constitui într-un real factor terapeutic.

Însuşi sentimentul că este acceptat în familie, că problema lui este recunoscută ca atare, şi că eforturile lui sunt susţinute şi valorizate, constituie o premisă importantă pentru schimbare. Fiind conştient de faptul că abstinenţa este condiţia care menţine apropierea, dependentul devine mult mai motivat în a se conforma aşteptărilor familiei privind schimbarea modului său de viaţă într-unul care să corespundă ideii de abstinenţă.

Este necesar ca atât familia, cât şi dependentul să înţeleagă că o atitudine fermă, de respingere a oricărui compromis şi intoleranţa faţă de comportamentele manipulative sunt menite să sprijine menţinerea abstinenţei, neavând nici o legătură cu eliberarea resentimentelor.

În măsura în care acest lucru este posibil, implicarea tuturor membrilor familiei şi a persoanelor apropiate toxicodependentului şi transformarea reţelei naturale de suport într-una terapeutică, aduce beneficii importante. Luaţi separat, membri reţelei de suport sunt în general ambivalenţi privind adoptarea unei atitudini ferme faţă de persoana dependentă din cauza experienţei lor de compătimire în legătură cu situaţia lui dificilă şi totodată, datorită furiei lor. Acţionând împreună într-o manieră coerentă, într-un context terapeutic, *impactul* intervenţiilor lor, mediate de terapeut, este mult mai puternic decât al unei acţiuni individuale. În acest context sunt mai puţin ezitanţi în a-i oferi dependentului feed-back obiectiv atunci când se confruntă cu rezistenţele manifestate în procesul schimbării. Tonul cooperant şi regula respectului reciproc, stabilite de terapeut vor încuraja sprijinul şi acţiunile conjugate.

Riscul perceput de *retragere a afecţiunii*, de pierdere a încrederii, de a obţine dezaprobarea personalelor dragi, de deteriorare a interacţiunilor sociale dezirabile pentru el pot avea un rol semnificativ în schimbare. Odată ce echilibrul reţelei este stabilit în mod adecvat, pacientul va evita să provoace dezaprobarea acesteia.

Situaţia şcolară şi/sau profesională

Având în vedere că vârsta la care debutează consumul este în continuă descreştere, iar descoperirea acestuia de către cei din jur continuă să se petreacă după ani de zile, pentru foarte mulţi dintre cei care ajung să apeleze la serviciile de dezintoxicare continuarea şcolii sau găsirea şi menţinerea unui loc de muncă sunt demersuri deosebit de dificile.

Dependenţa de drog duce la pierderea interesului pentru orice altă activitate în afară de cele direct legate de consum. Aceasta conduce, mai devreme sau mai târziu, spre abandonul şcolar sau profesional. De foarte multe ori, hotărârea de a renunţa la consum survine la mult timp

după acest abandon. Nivelul de pregătire al celor cu un debut timpuriu este, din acest motiv, foarte scăzut, iar eforturile necesare recuperării timpului pierdut sunt mari.

După dezintoxicare, motivaţia pentru angajare este, deseori, redusă. Dacă în perioada consumului a fost obişnuit să vehiculeze sume foarte mari de bani, acum se vede pus în situaţia de a se putea angaja doar în posturi prost plătite, datorită nivelului scăzut de pregătire şi lipsei de experienţă.

Sumele mari de bani necesare consumului erau obţinute fie prin acte infracţionale, fie profitând de încrederea celor din jur. Pentru a-şi rezolva conflictul generat de aceste comportamente, aderarea la valorile subculturii drogurilor privind desconsiderarea celorlalţi era un mijloc eficient de protejare a unei imagini de sine acceptabile. Ideea că cei care se conformează la normele sociale, care muncesc din greu pentru sume mici de bani, care „se lasă" atât de uşor păcăliţi sunt demni de dispreţuit îi permitea să se plaseze pe sine într-o lumină favorabilă, de persoană inteligentă, abilă, capabilă să ocolească cu succes regulile sociale şi să obţină avantaje din „naivitatea" celorlalţi.

Aceleaşi valori devin acum o piedică serioasă în recuperare. Menţinerea pe termen lung a abstinenţei presupune o schimbare radicală a stilului de viaţă anterior, ieşirea din subcultura drogurilor şi o schimbare atitudinală majoră. Este un lucru foarte dificil, pentru că presupune renunţarea la vechea imagine, la siguranţa pe care ţi-o dă un rol familiar, renunţarea la siguranţa dată de sentimentul că este infailibil. Această schimbare este însă esenţială pentru ca persoana să poată găsi încredere în alţii, pentru a se integra în societate şi pentru a se angaja în procesul de recuperare. Nu există însă compensaţii imediate pentru aceste renunţări. În plus, de îndată ce renunţă la atitudinea sa de superioritate, comparaţia cu cei de aceeaşi vârstă cu el, din punct de vedere al performanţelor obţinute este în măsură să-i afecteze puternic stima de sine.

La aceasta se adaugă şi cererile nerealiste ale familiei, de a recupera imediat ceea ce a pierdut în anii de consum (din punct de vedere social, şcolar şi profesional), însoţite de o atitudine de dezamăgire vădită faţă de situaţia lui prezentă.

Încercând să obţină o soluţie de compromis, dependentul de drog tinde să menţină, pentru multă vreme, credinţa nerealistă că poate renunţa la consum, continuând acelaşi mod de viaţă: cândştigând bani mulţi, pe căi mai puţin legale, păstrând relaţiile cu prietenii consumatori, păstrând acele valori ale grupului de consumatori care-i permit să-şi conserve stima de sine.

Pentru cei care vor relua şcoala, o stare de disconfort este creată de faptul că vor trebui să studieze alături de persoane mult mai tinere.

În plus, menţinerea îndelungată a unui stil de viaţă dezordonat face ca adaptarea la un program de muncă sau şcolar structurat, asumarea responsabilităţii în muncă să presupună un efort considerabil.

Intrarea, imediat după dezintoxicare, într-un program de postcură, are, sub aspectul reintegrării şcolare şi profesionale, un rol foarte important.

Serviciile oferite, de consiliere vocaţională şi profesională, de mediere a relaţiei cu angajatorul sau şcoala, susţinerea în perioada de adaptare la exigenţele programului – îi pot oferi un suport consistent în reintegrarea lui socială şi profesională.

Urmarea unui program de postcură conferă un ritm ordonat procesului de reintegrare, permite dependentului să se simtă acceptat şi sprijinit în demersul lui de a deveni o persoană capabilă să-şi conducă singură propria viaţă, îi permite să se „măsoare" cu cei asemeni lui, aflaţi într-un proces de creştere similar.

Obţinerea de mici succese, ca urmare a stabilirii unor obiective realiste de recuperare, duce la creşterea stimei de sine şi, implicit, a motivaţiei de a se implica în propriul proces de schimbare.

Acumularea de feed-back-uri pozitive cu privire la propria persoană, într-un mediu în egală măsură suportiv şi confruntativ permite renunţarea treptată la mecanismele de apărare care îl menţineau în stilul de viaţă dependent şi creează premisele pentru reconstruirea încrederii în ceilalţi şi în sine.

Obiective şi principii terapeutice

Scopul oricărui program de postcură este menţinerea abstinenţei şi reintegrarea socială a persoanelor dependente de droguri.

Obiectivele programelor de postcură se împart în: *generale,* care se adresează tuturor clienţilor şi *particulare,* specifice fiecărui client. Identificarea nevoilor specifice şi stabilirea obiectivelor procesului de recuperare constituie o primă clarificare şi structurare a drumului ce urmează a fi parcurs de către persoana dependentă. Pe parcursul evoluţiei în tratament, obiectivele specifice se pot modifica, în acord cu nevoile în schimbare ale persoanei. De exemplu, dacă la început accentul se poate pune pe întărirea motivaţiei, pe parcurs poate deveni prioritară echilibrarea sistemului familial.

O altă diferenţiere necesară pentru a clarifica specificul unui program de postcură este aceea dintre obiectivele care vizează *menţinerea abstinenţei* şi cele legate de *creştere, maturizare şi reintegrare socială.* Obiectivele de menţinere a abstinenţei sunt cele dintâi abordate. Stabilirea unui sistem eficient de menţinerea a abstinenţei rămâne un obiectiv al întregului proces de recuperare. Obiectivele legate de creşterea, maturizarea şi reintegrarea socială a persoanei dependente se referă la stimularea „îmbogăţirii" psihologice şi spirituale, disponibilizarea resurselor şi obţinerea echilibrului interior, toate acestea venind în sprijinul formării unui stil de viaţă fără droguri, autonom şi stabil.

Procesul de recuperare nu se încheie odată cu terminarea tratamentului de postcură, ci continuă o perioadă lungă de timp, uneori toată viaţa.

Obiectivele atinse în timpul tratamentului includ:

- *Recunoaşterea bolii şi a nevoii de tratament;*
- *Înţelegerea fenomenului dependenţei şi a procesului de recuperare de către dependent şi persoanele de suport;*
- *Identificarea nevoilor de schimbare;*
- *Asumarea responsabilităţii privind propriul proces de recuperare;*
- *Stimularea trecerii la acţiune;*
- *Structurarea timpului;*
- *Învăţarea metodelor de prevenire a recăderii;*
- *Creşterea capacităţii de autocunoaştere şi gestionarea propriilor sentimente (de vinovăţie, tristeţe, furie etc.);*
- *Îmbunătăţirea imaginii de sine şi creşterea încrederii în capacitatea de a-şi gestiona propria viaţă;*
- *Reechilibrarea sistemului familial;*

- *Învăţarea unor strategii privind planificarea şi atingerea scopurilor;*
- *Dezvoltarea potenţialului de a găsi soluţii creative la problemele cu care se confruntă.*

Obiective care vizează întreg parcursul vieţii sunt:

- *Dezvoltarea abilităţilor sociale;*
- *Reintegrarea în societate;*
- *Dezvoltarea capacităţii de a stabili relaţii autentice şi apropiate cu alte persoane;*
- *Aplicarea creativă a strategiilor învăţate la situaţii noi;*
- *Asumarea responsabilităţii pentru propria viaţă;*
- *Obţinerea unui sentiment de bunăstare personală şi a unei vieţi echilibrate.*

Conform cercetărilor realizate de Institutul Naţional privind Abuzul de Drog din Statele Unite, principiile necesare în tratamentul dependenţei de drog sunt următoarele:

1. **Nu există un tratament care să fie adecvat pentru toţi indivizii.**

Adaptarea metodelor şi abordărilor tratamentului la nevoile individului este crucială în susţinerea recuperării lui din dependenţa de drog şi în reîntoarcerea lui la societate ca individ funcţional. Aceasta presupune nevoia de dezvoltare a unui model de îngrijire continuă care să ofere diferite nivele de îngrijire şi servicii în funcţie de diferitele grade ale severităţii dependenţei.

2. **Serviciile de tratament trebuie să fie imediat disponibile.**

Disponibilitatea dependentului de a primi ajutor variază impredictibil, astfel încât este necesar ca serviciile să fie disponibile în acel moment critic în care el este dispus să beneficieze de ele. Dificultatea în a obţine tratament poate face ca un potenţial client să fie pierdut dacă acesta nu este imediat disponibil.

3. **Tratamentul eficient se adresează nevoilor multiple ale individului, nu doar consumului de drog.**

Tratamentul eficient trebuie să poată aborda aspectele comportamentale, psihologice sau emoţionale, morale şi spirituale, vocaţionale şi sociale ale individului, în plus faţă de abordarea dependenţei sale. Un tratament comprehensiv al dependenţei de drog trebuie să includă servicii variate sau intervenţii care să vină în întâmpinarea nevoilor clientului dependent, incluzând activităţi care să-l pregătească pentru a reintra în societate şi care să-i ofere abilităţi de prevenire a recăderii.

4. **Planul individual de tratament trebuie dezvoltat, evaluat periodic şi modificat astfel încât să vină în întâmpinarea nevoilor în schimbare ale persoanei.**

Un plan de tratament este ca o hartă care ghidează călătoria persoanei către recuperare, identificând reperele importante şi scopurile care trebuie atinse. Aceasta ne oferă o unitate de măsură pentru câştigurile şi eşecurile sale şi permite rectificarea orientării sau identificarea unor noi zone care trebuie întărite în clienţii noştri. Este esenţial ca abordarea tratamentului să fie adecvată vârstei, sexului, apartenenţei etnice şi culturii clientului.

5. **Menţinerea clientului în tratament pentru o perioadă adecvată de timp este esenţială pentru eficacitatea tratamentului.**

Durata adecvată a tratamentului depinde de natura problemei şi de nevoile individului. Studiile arată că majoritatea clienţilor încep să obţină beneficii semnificative din tratament în primele 3 luni, iar clienţii aflaţi în tratament rezidenţial obţin de obicei îmbunătăţiri semnificative în 6 luni de tratament. Dacă tratamentul continuă o perioadă şi mai îndelungată, el poate produce progrese suplimentare în sensul recuperării şi reîntăririi câştigurilor tratamentului. Cele de mai sus sunt valabile doar în cazul în care clienţilor li se oferă servicii adecvate de tratament. Clienţii părăsesc deseori prematur programul. De aceea, este esenţial ca abordarea tratamentului să includă strategii de motivare şi angajare a lor pentru a rămâne în tratament.

6. **Consilierea (individuală şi/sau de grup) şi alte terapii comportamentale sunt componente esenţiale ale tratamentului eficient al dependenţei.**

Clientului ar trebui să i se ofere oportunitatea de a aborda, în timpul tratamentului, aspecte care privesc motivaţia, construirea abilităţilor sociale şi a abilităţilor de a rezista consumului de drog, învăţarea de noi comportamente, înţelegerea şi gestionarea anumitor sentimente şi îmbunătăţirea abilităţilor de rezolvare a problemelor. Consilierea şi terapia comportamentală ajută persoana să-şi îmbunătăţească relaţiile interpersonale cu familia şi comunitatea. În fiecare fază a tratamentului, clientul trece prin anumite experienţe care necesită asistenţă. Consilierea este principala metodă de tratament care ajută clientul să progreseze de la a învăţa să se adapteze mediului de tratament la a învăţa cum să facă faţă cerinţelor societăţii şi de a-şi forma abilităţi de prevenire a recăderii.

7. **Indivizii dependenţi sau cu tulburări mentale asociate ar trebui trataţi pentru ambele tulburări într-un mod integrat.**

Nu este neobişnuit pentru o persoană dependentă să sufere şi de alte tulburări mentale. Când un individ prezintă ambele condiţii ar trebui evaluat şi tratat pentru tulburările coexistente.

8. **Tratamentul nu trebuie să fie voluntar ca să fie eficient.**

Motivaţia este un factor crucial care facilitează procesul de recuperare din dependenţă. Atunci când intrarea unei persoane în tratament este impusă sau sancţionată de familie sau autorităţi, clientul trebuie să obţină o motivaţie intrinsecă care să-l susţină pentru a rămâne în tratament. Foarte des, chiar şi printre aşa-numiţii „voluntari" la tratament există surse interne sau externe de presiune care îl forţează să se refugieze în centrul de tratament. Faptul că tratamentul este voluntar sau impus este mai puţin important decât faptul că clientul are şansa de a primi tratament. Se pare totuşi că presiunile din partea familiei, angajatorului sau sistemului de justiţie pot creşte semnificativ atât rata intrării în tratament când şi rata rămânerii şi succesul intervenţiilor.

9. **Posibilitatea consumului de drog în timpul tratamentului trebuie să fie continuu monitorizată.**

Recăderile se pot produce în timpul tratamentului. Monitorizarea obiectivă a consumului de drog în timpul tratamentului prin analizele de urină şi alte teste servesc ca o piedică pentru nevoia de a consuma. O astfel de monitorizare poate, de asemenea, să facă parte din managementul de caz obişnuit, ca un instrument de monitorizare a progresului tratamentului. Feed-back-ul dat clienţilor care au rezultate pozitive sau negative la test au atât o valoare clinică, cât şi în consiliere, fiind legate de prevenirea recăderii.

10. **Programele de tratament ar trebui să ofere evaluare pentru HIV / SIDA, hepatita B şi C, tuberculoză şi alte boli infecţioase, şi consiliere pentru a ajuta clienţii să-şi modifice comportamentele care-i pot expune pe ei înşişi sau pe alţii la riscul infectării.**

Consilierea, individuală sau de grup este eficientă în ajutarea clienţilor să înveţe cum să evite comportamentele de mare risc. Consilierea poate ajuta, de asemenea, persoanele care sunt deja infectate să-şi gestioneze mai bine boala. Luând în considerare faptul că clienţii renunţă adesea prematur la tratament, educaţia şi consilierea HIV/SIDA ar trebui să le fie oferită imediat ce intră în tratament. În cazurile în care există o rată crescută a infecţiei printre clienţii dependenţi de droguri, este imperativ pentru cei care oferă tratament să se asigure că există un sistem pentru monitorizarea şi supervizarea strictă a activităţilor clientului, suplimentar faţă de un program educaţional, pentru a evita comportamentele cu risc crescut şi răspândire a bolii printre clienţi.

11. **Recuperarea din dependenţa de drog poate fi un proces pe termen lung şi presupune frecvent episoade multiple de tratament.**

Dependenţa de drog este descrisă ca fiind o tulburare cronică, cu remisiuni şi recăderi. Ca şi alte boli cronice recăderea se produce în timpul sau după episoade de tratament de succes. Când un client recade, aceasta nu înseamnă neapărat că nu a învăţat nimic din programul de tratament, ci mai degrabă că nu a reuşit să înveţe destul încât să reuşească de rămână complet abstinent. Clientul care-şi petrece un timp în tratament şi mai târziu recade, îşi reduce adesea consumul şi se angajează mai puţin în comportamente infracţionale. Indivizii dependenţi pot necesita tratament prelungit şi multiple episoade de tratament pentru a obţine o abstinenţă pe termen lung şi pentru a fi pe deplin recuperaţi. Participarea la programele de sprijin de tipul Narcoticilor Anonimi în timpul şi după terminarea tratamentului este adesea de ajutor în menţinerea abstinenţei.

12. Implicarea familiei în perioada în care clientul este în tratament este o componentă a tratamentului.

Majoritatea clienţilor, mai ales adolescenţii, se întorc la familiile lor atunci când părăsesc centrul de tratament. Familia poate fi, fie un aliat suportiv în a-şi menţine copilul în tratament, fie o forţă puternică ce poate sabota eforturile de tratament făcute de către centru. Când familiile nu sunt suficient de informate cu privire la dependenţa de drog şi scopurile tratamentului, ele sunt vulnerabile la a fi manipulate de către clientul care doreşte să părăsească prematur programul de tratament. Familie ar trebui să fie orientate adecvat privind regulile centrului de tratament şi informate privind filosofia de bază şi metodele tratamentului. Serviciile pentru familie ar trebui să fie disponibile, incluzând consilierea familiei pentru cei care ar putea să aibă nevoie de ajutor în rezolvarea unor dificultăţi familiale cu un impact potenţial asupra membrului familiei aflat în tratament. („Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide" – U.S.National Institute on Drug Abuse).

Sisteme de tratament

Intrarea într-un program de postcură este o condiţie necesară, dar nu şi suficientă pentru obţinerea succesului în tratament, respectiv pentru menţinerea abstinenţei pe termen lung şi reintegrarea socială.

Succesul depinde foarte mult de calitatea serviciilor oferite şi de gradul de adecvare al acestora la nevoile specifice al clientului. Vorbim aici despre intensitatea tratamentului, de numărul şi specificul serviciilor necesare, de oferirea unui mediu adecvat recuperării, toate acestea ţinând cont de faza în care se află clientul, de motivaţia lui pentru schimbare, de măsura în care viaţa şi evoluţia lui au fost afectate de dependenţă, de gradul în care mediul său îl poate sprijini în depăşirea dependenţei.

Unul din motivele pentru care unele tratamente nu-şi ating scopul este acela că, de multe ori, clienţii primesc fie prea puţine servicii de tratament, fie prea multe. În ambele cazuri, clienţii primesc singurul nivel de îngrijire care este disponibil sau pe care ei îl pot găsi. Această problemă este cu atât mai acută la noi în ţară, unde sistemele de tratament nu sunt încă în măsură să ofere acea varietate de servicii care să permită un tratament diferenţiat iar lanţul terapeutic nu este complet.

Unul dintre cele mai utile răspunsuri la provocările cu care se confruntă cei care oferă tratament a fost dezvoltarea unor servicii de îngrijire care să permită adaptarea nivelelor specifice de tratament la nevoile particulare ale clientului.

Este evidentă, în acest context, oportunitatea existenţei unui centru de evaluare care să monitorizeze situaţia toxico-dependentului, ca şi evoluţia lui, care să urmărească nevoile în continuă schimbare ale acestuia şi să identifice sistemele de tratament cele mai potrivite în fiecare punct al evoluţiei sale.

O altă soluţie oferită de un mare număr de instituţii cu tradiţie în toxico-dependenţă constă în existenţa, în cadrul lor, a mai multor sisteme de tratament, ceea ce creează un mare grad de flexibilitate în oferirea serviciilor şi trecerea de la un sistem de tratament la altul.

În continuare, vom prezenta, pe scurt, sistemele de tratament ce oferă servicii de postcură, încercând să surprindem specificul fiecăruia şi categoriile de clienţi cărora li se adresează. Tratamentul ambulatoriu şi comunitatea terapeutică vor fi descrise mai pe larg în capitolele următoare.

Vom insista asupra tratamentului ambulatoriu deoarece este domeniul în care putem vorbi pe baza experienţei noastre în lucrul cu clienţii.

Am decis, de asemenea, să dezvoltăm mai pe larg, într-un capitol aparte, specificului comunităţii terapeutice datorită eficienţei ei, dovedite în multe ţări ale lumii, precum şi datorită nevoii puternic resimţite în ţara noastră, de înfiinţare unor centre rezidenţiale care să ofere un mediu cu un mare grad de structurare, pe o durată extinsă de timp, departe de droguri, cu supraveghere şi suport constant din partea specialiştilor.

Tratament ambulatoriu

Programele de tratament ambulatoriu pentru dependenţa de droguri diferă în funcţie de numărul, tipul şi intensitatea serviciilor de tratament oferite. Putem vorbi aşadar despre *sistemul clasic de tratament ambulatoriu* şi despre *tratamentul ambulatoriu intensiv,* realizat într-un centru de zi.

Programul unui centru de tratament ambulatoriu cuprinde: evaluare, educaţie cu privire la dependenţă şi riscurile asociate consumului, pentru beneficiar şi familia acestuia, conceperea unui plan individualizat de intervenţie, managementul crizei, terapie individuală şi de grup, grupuri tematice pentru dezvoltarea abilităţilor, învăţarea tehnicilor de prevenire a recăderii, tehnici de reducere a stresului, introducere în principiile de recuperare de tip 12 paşi, grupuri de suport (grupuri de egali), analize pentru identificarea unui eventual consum, servicii de consiliere vocaţională. Unele programe de tratament ambulatoriu includ tratament prin acupunctură, art terapie şi alte servicii terapeutice, ca şi activităţi sportive şi recreative.

Echipa de tratament este formată din personal intern de consiliere şi membri sau consultanţi externi ai echipei. Specialiştii care constituie echipa sunt: psihologi, psihiatri, asistenţi sociali, medici, asistente medicale, terapeuţi ocupaţionali, membri ai sistemului legal.

Centrele de tratament ambulatoriu colaborează cu alte instituţii şi facilitează accesul beneficiarilor la alte servicii ale comunităţii, în funcţie de nevoile proprii, cum ar fi accesul la activităţi educative, facilitarea obţinerii unui loc de muncă, obţinerea suportului juridic, etc.

Programele clasice de tratament ambulatoriu sunt destinate clienţilor care nu necesită un mediu foarte structurat pentru a-şi menţine abstinenţa. Beneficiarii participă la un astfel de program de 2-3 ori pe săptămână.

Programul centului de zi constă într-un tratament structurat centrat pe problema dependenţei de drog , oferit 6 până la 8 ore pe zi, timp de 5 sau 6 zile pe săptămână. Tipic, tratamentul într-un centru de zi durează de la 4 la 6 luni.

Clienţii se pot întoarce acasă după terminarea programului zilnic. Centrul de zi poate funcţiona în conjuncţie cu un sistem de locuinţe protejate, menţinând clienţii departe de mediul de consum, atunci când este necesar.

Avantaje ale tratamentului ambulatoriu:

- Costul mai mic decât jumătate din costul unui tratament spitalicesc
- Permite învăţarea unor comportamente noi şi formarea abilităţilor necesare menţinerii abstinenţei.
- Contactul cu mediul de provenienţă şi familia este menţinut, astfel încât atât beneficiarul cât şi familia sunt pregătiţi pentru etapa următoare, de reinserţie psiho-socială.
- Pacienţii pot continua să funcţioneze în roluri deja stabilite, cu o întrerupere minimă a contactului cu viaţa profesională.
- Oferă oportunitatea practicării comportamentelor şi abilităţilor dobândite cum ar fi comunicarea deschisă, tehnicile de reducere a stresului şi prevenire a recăderii - în mediul lor natural.
- Beneficiarii pot fi evaluaţi cu o mai mare acurateţe în ceea ce priveşte problemele şi progresul lor, înregistrate în viaţa de zi cu zi.

Limite ale tratamentului ambulatoriu

- Riscul recăderii datorat factorilor de mediu necontrolaţi
- Beneficiarii sunt potenţial expuşi la crizele familiale şi sociale.
- Lipseşte supervizarea în afara programului de tratament

Comunitatea terapeutică

Este destinată acelora care au nevoie de un mediu foarte structurat şi controlat pentru a adopta un mod de viaţă abstinent.

Scopul tratamentului într-o comunitate terapeutică nu este doar acela de menţinere a abstinenţei, ci şi de învăţare şi consolidare unui nou mod de viaţă - autonom, responsabil şi

productiv, de cultivare a unui spirit pro-social, de creştere a interesului, încrederii şi stimei faţă de semeni, de dezvoltare a abilităţilor sociale.

Avantaje ale programului comunităţii terapeutice:
- persoana dependentă este ţinută departe de mediul de consum
- acest sistem oferă un program structurat
- persoana dependentă este stimulată să se confrunte în mod direct şi responsabil cu toate problemele pe care le întâmpină şi să-şi gestioneze propriile emoţii
- învaţă să trăiască alături de alţii într-o manieră corectă şi plină de implicare emoţională şi responsabilitate.
- îşi însuşeşte modele de comportament adecvate şi eficiente, ceea ce duce la creşterea stimei de sine şi formarea abilităţii de a se adapta în societate.

Limite:

- regulile şi modul de viaţă în comunităţile terapeutice sunt percepute ca fiind atât de dure încât foarte mulţi nu fac faţă exigenţelor ei şi abandonează tratamentul

- contactul cu familia este mult diminuat, pentru o perioadă mare de timp. Riscul ruperii sau deteriorării legăturilor cu familia este considerabil, mai ales pentru familiile care aleg să nu se implice în tratament.

- comunitatea nu permite experimentarea şi supravegherea aplicării abilităţilor învăţate în cadrul ei în contextul real al vieţii de zi cu zi, în mediul din care a plecat şi în care se va întoarce. Deşi prin comunitate se încearcă simularea societăţii, pentru accelerarea schimbării se creează un mediu mult mai constrângător decât în realitate. Odată părăsită comunitatea, odată încetate constrângerile, revenind într-un mediu mai relaxat, dar şi mai puţin suportiv, riscul consumului poate reapărea.

Acesta este motivul pentru care urmarea unui program de tratament ambulatoriu, care să-i ofere sprijin în reintegrarea în mediul său natural, este mai mult decât recomandată după ieşirea din comunitatea terapeutică.

Locuinţe protejate – unităţi rezidenţiale de tranzit

Acest sistem tratament, este recomandat atât în timpul urmării unui program ambulatoriu de postcură, cât şi după încheierea programului, în vederea asigurării unui cadru sigur în care să se poată face tranziţia de la nivele mai intense de îngrijire către reintegrarea în societate.

Aceste unităţi rezidenţiale de tranzit oferă un mediu curat, sigur şi departe de pericolul reprezentat de mediul de consum. În acest sistem rezidenţii trăiesc zi de zi alături de persoane care trec prin acelaşi proces. Casele sunt supervizate de către un *manager* şi de către un *asistent* care, împreună cu grupul de egali, asigură menţinerea unui mediu abstinent şi oferă totodată structură şi suport în vederea realizării tranziţiei către reintegrarea în societate şi menţinerii abstinenţei în condiţiile vieţii de zi cu zi. Clienţii lucrează, urmează tratamentul sau merg la şcoală în timpul zilei iar seara se implică în activităţi de recuperare.

După terminarea programul de tratament rezidenţial, absolvenţii pot fi angajaţi pentru a-i ajuta pe alţi dependenţi aflaţi în tratament. Ei primesc un salariu, locuinţă şi tratament de postcură într-un mediu suportiv. Aceasta este o modalitate de tratament deosebit de valoroasă pentru dependenţii de drog, atât pentru cei „angajaţi", cât şi pentru cei care beneficiază de sprijinul lor. Beneficiul celor aflaţi încă în tratament este acela că le este mult mai uşor să accepte ajutor de la

cineva care a trecut prin aceleaşi experienţe ca ei, care a parcurs aceleaşi etape atât în tratament cât şi anterior tratamentului, în perioada de consum. În plus, încercările de manipulare sunt identificate cu foarte mare uşurinţă de către cineva care obişnuia să le practice el însuşi. Experienţa dobândită în aplicarea unor astfel de programe arată că foştii consumatori, aflaţi în poziţia de a-i susţine pe alţii, pot fi deosebit de empatici şi fermi în abordarea egalilor. Beneficiul lor personal este acela al întăririi motivaţiei. Stima lor de sine are în mod semnificativ de câştigat în urma acestei activităţi.

Menţinerea toxicodependenţilor în tratament - o problemă dificilă

Dat fiind că eficienţa tratamentului depinde adesea de durata menţinerii în program, strategiile pentru a păstra un individ în program sunt deosebit de importante.

Factorii care influenţează menţinerea pacientului în tratament sunt legaţi atât de individ cât şi de program.

Factorii individuali includ motivaţia pentru schimbare şi pentru abandonarea comportamentului de consum, gradul de susţinere din partea familiei şi prietenilor, presiunile exercitate de sistemul legal, de serviciile de protecţie a copilului, de angajatori sau familie pentru urmarea tratamentului.

În cadrul programului, consilierii de succes sunt aceia care sunt capabili să stabilească o relaţie terapeutică pozitivă cu clientul. Terapeutul trebuie să se asigure că planul de tratament este stabilit şi urmat astfel încât individul să ştie la ce să se aştepte în timpul tratamentului. Serviciile medicale, psihiatrice şi sociale trebuie să aibă un grad crescut de accesibilitate şi disponibilitate.

Din moment ce problemele individuale (cum ar fi boli mentale serioase, consum sever de heroină şi delincvenţă) cresc probabilitatea ca un pacient să renunţe la tratament, este necesar un tratament intensiv cu o gamă largă de componente, pentru a menţine în tratament pacienţii care au astfel de probleme. Consilierul sau managerul de caz trebuie să medieze trecerea la serviciile de îngrijire continuă după terminarea formală a tratamentului.

Dacă în cadrul comunităţii terapeutice există un risc mare de *renunţa* la tratament, datorat severităţii mediului de viaţă, dependenţii de drog aflaţi în tratamentul ambulatoriu intensiv trebuie să ia zilnic decizia de a se *reîntoarce* la tratament. În plus, ei trebuie deja să trăiască şi să muncească într-un mediu în care abuzul de substanţe este prevalent, iar accesul la droguri este facil. Când pleacă de la tratament, ei pot întâlni stimuli de mediu care le provoacă „foamea de drog" şi cresc riscul recăderii.

Factorii care contribuie la părăsirea tratamentului de către client includ:

- Ambivalenţa privind încetarea consumului
- Lipsa angajării în a stopa consumul
- Crize privind familia şi responsabilităţile de muncă.
- Negarea problemelor cauzate de consum sau a severităţii acestora
- Negarea consecinţelor adverse cauzate de consum
- Disconfortul privind identitatea sa ca persoană aflată în recuperare
- Inabilitatea de a se relaţiona cu alţii într-un context de grup
- Lipsa sprijinului pentru tratament şi recuperare din partea familiei
- Comportamentele permisive ale familiei
- Conflicte privind programul de muncă

POST-CURA DE TIP AMBULATORIU

Criterii de selecţie – program drog zero

- **Nivelul motivaţional**

Unul dintre principalele criterii de selecţie în cadrul programului drog zero este faptul că pacientul trebuie să fie bine motivat pentru atingerea şi menţinerea abstinenţei. Acesta manifestă deja o decizie de schimbare şi are nevoie de ajutor pentru a-şi întări motivaţia pentru schimbare.

Într-o abordare pragmatică **motivaţia**, este definită ca fiind probabilitatea ca o persoană să înceapă, să continue şi să se angajeze într-o strategie specifică pentru schimbare. De cele mai multe ori motivaţia persoanelor consumatoare de droguri este schimbătoare şi conflictuală. Acest conflict poartă numele de ambivalenţă şi apare încă de la începutul consilierii când se realizează un interviu motivaţional, o formă concretă de a ajuta persoanele să-şi recunoască şi să se ocupe de problemele potenţiale şi prezente. Obiectivul global al acestui interviu constă în creşterea motivaţiei intrinseci a pacientului, astfel încât schimbarea să se producă mai mult din interior decât să fie impusă din exterior. Când această abordare se aplică în mod corespunzător, pacientul este cel care prezintă argumentele pentru schimbare, şi nu terapeutul.

Terapeutul poate aprecia **motivatia** clientului, urmărind o serie de comportamente ale acestuia:

- este de acord cu terapeutul;
- admite că este dependent de droguri;
- exprimă dorinţa de a coopera sau nevoia de ajutor;
- apare afectat de problema pe care o are;
- urmează indicaţiile terapeutului.

Responsabilitatea terapeutului nu este doar aceea de consiliere, ci şi aceea de a susţine şi ajuta clientul să-şi menţină şi să-şi întărească decizia luată.

- **Vârsta**

Se includ în program drog zero în primul rând adolescenţii cu vârste sub 18 ani, în cazul cărora conform legii 143/2000 nu sunt indicate alte tipuri de tratament, cum ar fi tratamentul substitutiv cu metadonă. Pentru tineri întotdeauna prima opţiune trerapeutică vizează abstinenţa completă.

În România debutul consumului de heroină se realizează la vârste din ce în ce mai mici. Grupa de vârstă cea mai afectată de consumul de droguri este reprezentată de tinerii cu vârste cuprinse între 20 şi 24 de ani.

În cadrul repartiţiei pe sexe, rezultă că 18% dintre femeile consumatoare de heroină au o vârsta mai mică de 19 ani, în timp ce 41,4% dintre bărbaţii consumatori de heroină au vârsta cuprinsă între 20 şi 24 de ani.

Mai alarmant chiar decât faptul că sunt foarte tineri este faptul că dependenţii de droguri trec, într-un timp relativ scurt, de la consumul de droguri uşoare (derivaţi de cannabis sau amfetamine) la consumul de droguri tari (heroina, cocaina).

- **Istoricul consumului**

Pentru includerea în programul drog-zero sunt urmărite următoarele aspecte legate de istoricul consumului: tipuri de droguri consumate, frecvenţa consumului, momentul debutului, modalitatea de consum. Subiectul trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- perioadă de administrare scurtă până în 1, 2 ani;
- mod de administrare preferabil fumat şi inhalat (în România cel mai frecvent mod de administrare al heroinei este intravenos);
- doze mici, medii;
- un număr redus de tentative de tratament (dezintoxicări) în antecedente;
- absenţa supradozelor;
- absenţa polidependenţei;

- **Istoricul bolilor somatice şi psihice asociate**

Absenţa tulburărilor somatice datorate consumului ca şi a tulburărilor psihiatrice majore sau a tulburărilor de personalitate sunt criterii suplimentare ce favorizează orientarea către un program de menţinere a abstinenţei.

- **Suport familial**

Un alt aspect deosebit de important în terapia de postcura a dependentului îl reprezintă persoanele de suport (familia, prietenii, partenerul de viaţă şi alte persoane semnificative din mediul de viaţă al consumatorului). Familia ocupă primul loc în viaţa individului, indiferent de vârstă. Modul în care este afectată familia, impactul pe care îl are consumul de drog asupra acesteia, depinde foarte mult relaţiile dintre membrii familiei si de de modul în care aceştia reuşesc să facă faţă situaţiei.

Menţionăm importanţa unui mediu familial sănătos (fără probleme datorate consumului de alcool sau substanţe), cu relaţii armonioase între membrii familiei.

Am constatat că acei clienţi susţinuţi atât din punct de vedere terapeutic cât şi familial, în sensul în care membrii familiei şi persoanele de suport se mobilizează pentru găsirea de soluţii şi alternative comportamentale la consumul de droguri şi se implică real în viaţa lor, ajung mai uşor şi pot menţine abstinenţa pe o perioadă lungă de timp. Familia suportivă sau funcţională (are un nivel de coeziune şi de unitate mare şi tendinţa de menţinere a echilibrului familial) reprezintă un model pentru clienţii programului drog zero.

- **Inserţie socială**

Clienţii care prezintă un anumit grad de inserţie socială (frecventarea cursurilor şcolare sau universitare, un loc de muncă stabil) oferă posibilitatea integrării cu succes în programul drog zero.

A merge la şcoală, a avea un loc de muncă care le oferă satisfacţii (materiale, sociale, sufleteşti) înseamnă un pas înainte spre menţinerea abstinenţei o perioadă îndelungată de timp. De asemenea este importantă organizarea constructivă a activităţilor zilnice, a timpului liber şi integrarea într-un grup de prieteni neconsumatori. Este important ca odată cu renunţarea la

consum, multe activităţi recreative (sportive, artistice) care i-au făcut plăcere, să fie reluate, iar activităţile care i-ar plăcea, să fie începute acum. De asemenea, petrecerea a cât mai mult timp cu persoane neconsumatoare are un rol important în scăderea tentaţiei pentru droguri.

- **Interpretarea Europ-ASI**

Europ-ASI este cel mai utilizat chestionar pentru evaluarea severităţii dependenţei. Rezulatele finale se exprimă în puncte pe o scală între 0 şi 9.

În urma aplicării Europ-ASI se includ în program drog-zero cei cu dependenţă mică sau medie exprimată printr-un punctaj cuprins între 2 şi 5.

Pentru a rezuma, **profilul ideal al consumatorului de heroină** pentru care programul drog-zero este potrivit, se poate contura astfel:

- tânăr;
- nivel motivaţional crescut;
- istoric scurt de consum;
- doze mici, medii;
- mod de administrare de preferat fumat, inhalat;
- absenţa polidependenţei;
- număr redus de tentative de dezintoxicare;
- absenţa supradozelor sau număr redus;
- patologie somatică asociată absentă sau bine tratată;
- patologie psihiatrică asociată absentă sau bine controlată sub tratament;
- familie suportivă;
- partener de viaţă neconsumator şi cu atitudine suportivă ;
- cerc de prieteni neconsumatori;
- nivel de şcolarizare bun sau relativ bun;
- inserţie şcolară sau/şi profesională;
- scor Europ-ASI (indice de severitate al adicţiei) mic sau mediu.

Evaluarea în cadrul programului drog zero

O evaluare bine făcută din punct de vedere **bio-psiho-social** este esenţială şi ne poate ajuta să determinăm scopurile şi strategiile cele mai potrivite în tratamentul unui consumator de droguri.

Scopurile evaluării prezentate de către Dan Prelipceanu sunt urmatoarele:

- recunoaşterea şi tratamentul oricărei urgenţe sau a unei probleme acute;
- obţinerea confirmării referitoare la consumul de drog (istoric, examinare şi analiză urinară);
- evaluarea gradului de dependenţă;
- identificarea complicaţiilor abuzului de drog şi evaluarea comportamentelor de risc;

- identificarea tuturor altor probleme medicale, sociale şi psihiatrice;

- determinarea aşteptărilor pacientului faţă de tratament şi gradul motivaţiei pentru schimbare;

- evaluarea celui mai adecvat serviciu terapeutic pentru pacient şi îndrumarea lui către serviciul corespunzător.

Ion Dafinoiu este de părere că interviul de evaluare are 2 obiective importante:

1. *diagnostic*: identificarea simptomelor, clarificarea şi analiza acestora şi implicit cunoaşterea şi înţelegerea funcţionării psihologice;

2. *terapeutic*: uneori interviul are un efect terapeutic imediat, cel mai adesea el permite crearea unei bune relaţii între client şi terapeut şi – prin elementele diagnostice pe care le oferă – orientează strategia terapeutică.

Managementul de caz presupune evaluare continuă, înseamnă „planificarea şi coordonarea unui pachet de servicii sociale şi de sănătate, individualizat, pentru a răspunde nevoilor speciale ale clientului" (Moore,1990) şi de asemenea presupune „monitorizarea, evidenţierea şi acordarea de suport unui client, în cursul tratamentului lui/ei şi după" (Ogborne and Rush, 1983).

Dan Prelipceanu enumeră **etapele** managementului de caz:

- evaluarea;
- culegerea informaţiilor despre serviciile disponibile în zona accesibilă pacientului;
- recomandarea şi trimiterea adecvată a bolnavului/clientului către serviciile adecvate;
- coordonarea continuă a desfăşurării programelor cu mişcarea şi evoluţia pacienţilor pentru a menţine gradul de adecvare al serviciilor oferite cu nevoile acestora;
- controlul resurselor de orice tip pentru a fi siguri de reala lor utilizare, de necesitatea completării/îmbunătăţirii lor, de adecvarea lor la nevoile programului;
- identificarea unor noi terapeuţi disponibili/a unor noi tipuri de programe de care ar putea beneficia pacienţii/clienţii;
- controlul costurilor în vederea obţinerii celor mai cost-eficiente combinaţii de intervenţii/programe terapeutice.

Managerul de caz evaluează problemele determinate de abuzul de drog, apoi individualizează procesul terapeutic în funcţie de caracteristicile personale ale pacientului şi de posibilităţile de tratament. Pacientul este:

▪ Informat despre:

- structurile circuitului terapeutic;

- condiţiile de tratament şi reabilitare proprii fiecărui serviciu / centru medical;

▪ Evaluat cu ajutorul unor instrumente standardizate (Europ-ASI);

▪ Orientat de către managerul de caz către următoarea verigă a lanţului terapeutic.

Având în vedere că nu există doi indivizi cărora să li se potrivească aceleaşi programe de intervenţie, pentru a le recomanda pe cele mai eficiente, acestea trebuie bine cunoscute de managerul de caz care dirijează clientul de-a lungul lanţului terapeutic.

Într-o evaluare globală a consumatorului de drog trebuie avute în vedere mai multe aspecte, printre care: consumul de droguri; severitatea dependenţei; antecedentele şi consecinţele consumului; efectele drogului asupra sănătăţii (rezultatele unor investigaţii medicale); efectele neuropsihologice; istoricul familial; problemele personale de natură psihică, problemele de viaţă.

Pornind de la această evaluare managerul de caz îşi propune să aibă de la început o imagine clară asupra clientului.

Această evaluare se desfăşoară în cadrul a trei şedinţe distincte: în prima şedinţă este evaluată motivaţia clientului, în următoarele două şedinţe se aplică Europ-ASI (indexul de severitate în adicţii). ASI este un interviu semistructurat conceput pentru a se adresa unui număr de 7 dimensiuni (potenţiale probleme ale pacientului) în abuzul de substanţe. Un terapeut experimentat poate obţine informaţii despre situaţiile problematice recente (petrecute în ultimele 30 de zile) sau petrecute pe perioada întregii vieţi. ASI oferă o vedere largă asupra problemelor legate de substanţă, fără să se oprească asupra unui singur domeniu.

Aplicând acest instrument de evaluare se au în vedere următoarele aspecte:

1. Din punct de vedere al consumului de alcool şi drog:

- determinarea substanţelor consumate (inclusiv droguri legale ca tutunul şi cofeina ca şi abuzul de medicamente sau alcool);
- momentul debutului consumului de drog;
- modalitatea cea mai frecventă de administrare;
- consumul ocazional sau zilnic;
- determinarea cantităţii şi a frecvenţei consumului.

2. Din punct de vedere medical:

- se urmăreşte determinarea eventualelor boli somatice asociate, deoarece abuzul de alcool şi de droguri determină efecte adverse asupra sănătăţii fizice.

3. Din punct de vedere psihologic şi psihiatric:

- existenţa în antecedentele personale a bolilor psihice, joc patologic;
- dependenţa de droguri este asociată de asemenea cu probleme psihologice. Una dintre aceste probleme asociate cu dependenţa de drog dispare atunci când este tratată problema primară. Alte probleme persistă sau se agravează inclusiv pe perioade lungi de abstinenţă.

4. Din punct de vedere al istoricului familial:

- existenţa în antecedentele heredo-colaterale a unor tulburări psihice şi de consum de substanţă;
- putem detecta existenţa tulburărilor afective, de personalitate şi tulburărilor datorate consumului de alcool;

5. Din punct de vedere educaţional:

- nivelul pregătirii şcolare;

6. Din punct de vedere profesional:

- principala sursă de venit;

7. Din punct de vedere legal:

- angajarea în eventuale activităţi ilegale.

Aplicaţiile Europ-ASI în tratament:

- examen obiectiv asupra tuturor tipurilor de probleme;
- cunoaşterea atitudinii subiective a clientului;
- ne facem o idee asupra motivaţiei de a lucra o anumită problemă particulară;
- ajută clientul să-şi conştientizeze propria situaţie într-un mod în care nu se simte ameninţat;
- util în selectarea scopurilor tratamentului;
- simplifică comunicarea între specialişti;
- face posibilă evaluarea.

Evaluarea severităţii este reprezentată de estimările intervievatorului cu privire la nevoia de tratament a pacientului în fiecare domeniu.

La sfârşitul şedinţelor, managerul de caz şi clientul discută despre posibilităţile de tratament şi în funcţie de severitatea dependenţei clientul va fi orientat către veriga din lanţul terapeutic potrivită. Intervalul scalei ASI merge de la 0 (fără probleme reale) până la 9 (probleme severe). Cei care prezintă un scor de severitate mic (ASI ă 2-3) sau mediu (ASI ă 4-5) se încadrează în criteriile de selecţie ale programului drog zero. După o perioadă de dezintoxicare clientul va fi orientat de către managerul de caz spre următoarea verigă din lanţul terapeutic, cea mai importantă, postcura.

În cadrul terapiei de postcură clientul va fi preluat de către **un coordonator de caz**, care poate fi medic, psiholog, asistent social în funcţie de problema predominantă (medicală, psihologică, socială). Acesta va monitoriza cazul pe tot parcursul tratamentului de postcură şi va interveni ori de câte ori situaţia o cere.

La începerea terapiei de postcură, clientul va fi reevaluat din punct de vedere bio-psiho-social, prin efectuarea de testare a metaboliţilor drogurilor în urină, examene psihologice, evaluarea nevoilor de reinserţie socială.

Terapia de postcură este de neconceput în absenţa unei echipe terapeutice, alcătuită din medic, psiholog, asistent social.

Echipa terapeutică

Tratamentul modern al dependenţei de droguri este de neconceput în absenţa unei echipe terapeutice multidisciplinare, formate din medici, psihologi, asistenţi sociali. Echipa terapeutică îşi poate desfăşura activitatea intr-o multitudine de structuri, cum ar fi clinici, spitale, centre rezidenţiale, centre de zi, cabinete, organizaţii comunitare.

Au fost descrise principalele funcţii ale echipei terapeutice, dupa cum urmeaza:

- obţinerea şi întărirea complianţei pacientului la tratament
- evaluarea stării clinice de-a lungul întregului proces de recuperare
- oferă susţinere în efortul de menţinere a abstinenţei

- reduce impactul folosirii drogului atunci când abstinenţa nu este posibilă
- rezolvă complicaţiile acute ce pot sa apară
- tratează eventuale afecţiuni concomitente somatice sau psihiatrice
- încurajează pacientul să se menţina în tratament
- previne, detectează şi face faţă alunecărilor sau recăderilor
- furnizează instrumentele psihologice cu ajutorul cărora atât pacientul cât şi familia sa devin conştienţi de complexitatea problematicii consumului de droguri
- reduc morbiditatea şi mortalitatea legate de consum şi contribuie la îmbunătăţirea nivelului general de funcţionare socială al subiectului

Un program destinat tratamentului tulburărilor legate de consumul de droguri este bun în măsura în care personalul său este bine pregătit. Un program implementat de o echipa coordonată şi unită, cooperantă şi interdependentă, mutual suportivă şi eficientă în comunicare, caracterizată de optimism, inspiraţie şi încredere, va contribui la crearea unui mediu de tratament capabil sa contribuie la sanatatea bio-psiho-sociala a pacientilor. O echipă şi un program de tratament cu asemenea caracteristici poate oferi servicii de tratament excepţionale.

Un program pentru tratamentul dependenţei de droguri este în mod intrinsec o munca solicitantă şi stresantă, de aceea este necesar ca programele de tratament sa ofere un suport activ pentru membrii echipei. Calitatea alianţei terapeutice va influenţa experienţa pacientului şi rezultatele. Din acest motiv, programele trebuie sa sprijine echipa terapeutica într-un mod care să-i permită acesteia să stabilească şi să menţină relaţii terapeutice eficiente cu clienţii.

Rolurile membrilor echipei terapeutice

Atribuţiile şi responsabilităţile echipei terapeutice a unui program de postcură variază în funcţie de amploarea programului şi de instituţia în cadrul căreia se desfăşoară. Personalul unui astfel de program poate fi impărţit în trei categorii:

- **Echipa clinică de bază –** oferă servicii directe de tratament clienţilor cum ar fi evaluare, consiliere, psihoterapie, management de caz, examinări medicale, intervenţie de criză, asistenţă socială, precum şi supervizare clinică;

- **Echipa administrativă - î**ndeplineşte funcţii administrative precum planificarea activităţilor, management financiar, suport logistic, înregistrarea informaţiilor;

Personalul auxiliar şi de consultanţă - pot fi consultanţi externi care oferă o varietate de servicii specializate incluzând consiliere vocaţională, testare neuropsihologică, educaţie HIV/AIDS etc.

Echipa clinică de bază a unui program de postcură este formată din:

- **Personal medical** – poate include psihiatri (tratament medical de postcură – nonsubstitutiv şi naltrexonă), medici generalişti, cu o specializare în domeniul toxicodependenţei (tratamentul bolilor somatice asociate); asistenţi medicali (realizează evaluări medicale, examinări, servicii farmacoterapeutice);

- **Psihologi, psihoterapeuţi** - terapie individuală şi de grup, evaluare psihologică, supervizare clinică.

- **Asistenţi sociali** – realizează demersuri pentru reinserţia socială a toxicodependenţilor, evaluări, consiliere individuală şi de familie, management de caz; facilitează şi realizează relaţiile cu comunitatea.

- **Consilieri specializaţi în tratamentul dependenţei de droguri** – realizează evaluări, consiliere individuală şi de grup, educaţie, management de caz, planificare.

Programele de tratament ambulator care oferă componente distincte de tratament precum terapie de familie, arterapie, terapie prin dans, muzicoterapie, activităţi recreative şi de petrecere a timpului liber pot necesita specialişti în aceste domenii. Personalul auxiliar sau consultant poate fi utilizat pentru îmbunătăţirea şi lărgirea programului şi poate consilieri de reabilitare vocaţională, specialişti în tratamentul bolilor somatice asociate consumului de droguri, avocaţi etc.

Abilităţile unora dintre profesioniştii unui program de postcură pot coincide. Pe masură ce domeniul tratamentului tulburărilor datorate consumului de droguri progresează, exista tendinţa de a se da mai puţină atenţie apartenenţei la o disciplină particulară, şi mai multă competenţei globale în tratamentul dependenţei de droguri.

Cunostinţe şi convingeri împărtăşite de echipa terapeutică

Pe langă abilităţile clinice specifice şi trainingul de specialitate, este esenţial ca membri echipei terapeutice a unui program de postcură să împărtăşească anumite convingeri comune.

În primul rând, ei trebuie să recunoască faptul că dependenţa de droguri este o boală si nu o problemă morală, datorată deficienţelor emotionale, lipsei de voinţă sau ignoranţei.

În al doilea rând, trebuie să recunoască faptul că dependenţa de droguri este o tulburare psihologică, socială şi spirituală care nu este tratată eficient sau exclusiv de nici o disciplină sau orientare, ci este cel mai bine tratată de o echipa multidisciplinară de profesionişti.

În al treilea rând, echipa trebuie să împărtăşească convingerea că dependenţa de droguri se poate vindeca, şi că împreună ei pot trata persoane dependente. În acest scop, grupurile de suport cum sunt programele 12-paşi sunt aspecte importante ale tratamentului şi recuperării persoanelor dependente.

Membrii echipei terapeutice a unui program de postcură trebuie să fie flexibili şi maturi emoţional. Ei trebuie să fie capabili de auto-conştientizare, să demonstreze capacitatea de a se relaţiona eficient cu ceilalţi, capacitate de a se confrunta cu dificultăţile specifice acestui tip de clienţi, respect pentru sine şi pentru alţii, şi dorinţa de a învăţa despre şi de a înţelege oameni cu o formare profesională diferită de a lor.

Profesioniştii în domeniul dependenţei de droguri trebuie să fie dornici să asculte şi să înţeleagă şi să aibă dorinţa de a învăţa. Ei trebuie să dorească să utilizeze supervizare si să aibă deschidere pentru noi abordări şi orientări, şi de asemenea să fie dornici să-şi examineze propriile prejudecăţi.

Consilierii şi toţi profesioniştii unei echipe de tratament ambulator trebuie să fie familiarizaţi cu urmatoarele funcţii de bază ale unui consilier în domeniul dependenţei de droguri: orientare, evaluare, realizarea planului de tratament, consiliere, terapie, management de caz, intervenţie de

criză, educaţia pacientului, coordonare, raportarea şi înregistrarea informaţiilor, consultarea cu alţi profesionişti în privinţa tratamentului şi serviciilor acordate pacienţilor.

Abilităţi necesare

Anumite abilităţi de bază sunt necesare în toate tipurile de intervenţii terapeutice. Profesioniştii implicaţi în tratamentul dependenţei de droguri trebuie să fie autentici, necritici, să trateze clienţii cu respect. Trebuie să fie capabili să abordeze ambivalenţa tipică acestor clienţi, referitoare la abstinenţă, să aibă caracteristici şi abilităţi ce ţin de empatie, autenticitate, respect, căldură, concretețe, confruntare şi capacitate de schimbare.

Este important de asemenea să aibă abilitatea de a recunoaşte dacă consilierea sau alte intervenţii terapeutice funcţionează sau nu, să aibă capacitatea de a conştientiza reacţiile la procesul terapeutic şi propriile reacţii la client, şi să ştie când e necesar să ceară sprijinul altor profesionişti.

Contract *terapeutic*

Unul dintre cele mai importante aspecte pentru evoluţia ulterioară a tratamentului o reprezintă construirea unei alianţe terapeutice cu fiecare client. Planul adoptat de terapeut şi client pentru menţinerea abstinenţei reprezintă o parte a contractului terapeutic stabilit la începutul terapiei. Stabilirea şi înţelegerea semnificaţiei unui contract terapeutic referitor la obiectivul general al terapiei precizează ce anume crede clientul că va obţine dacă va atinge obiectivul respectiv. Terapeutul nu trebuie să facă presupuneri, ci să obţină informaţii precise.

Constantin Enachescu consideră că alianţa terapeutică presupune un "anumit *cadru* terapeutic, un anumit *climat*, o *relaţie* şi un *fapt* psihoterapeutic ".

Contribuţia terapeutului şi pacientului la procesul psihoterapeutic:

Contribuţia terapeutului:

- să manifeste o atitudine empatică;
- să aibă răbdare şi toleranţă la frustrare;
- să nu critice atitudinea sau comportamentul clientului;
- să fie un bun ascultător activ a ceea ce pacientul spune sau nu spune;
- să evite un comportament provocator, supărător când pacienţii săi sunt ostili

În ceea ce priveşte contribuţia pacientului, există 3 dimensiuni importante ce trebuie evaluate în cadrul unui proces terapeutic:

- de cele mai multe ori, pacienţii vin la terapie, cu anumite trăiri (anxietate, temeri, îndoieli, chiar ostilitate şi agresivitate) ce trebuie exprimate chiar de la început, în caz contrar terapeutul pierzându-şi pacienţii;
- problemele pacienţilor şi relaţionarea cu terapeutul sunt mai dificile, cu cât experienţele negative au avut loc la o vârstă mai timpurie; aceşti pacienţi necesită sprijin, alinare, liniştire din partea terapeutului;
- pacienţii încep terapia având anumite aşteptări; cele mai multe referindu-se la fantezia de vindecare: într-un mod miraculos terapeutul va îndepărta disconfortul şi boala

lor; în acest fel, mai ales în cazul dependenților cu așteptări exagerate, pot fi provocate furia și supărarea lor.

Un model de contract terapeutic, propus de **Fundația de Îngrijiri Comunitare**.

Acesta va fi, pentru echipa de lucru individual, o „înțelegere" cel mai adesea scrisă, care va conține în termeni cât mai concișI, și ca o concluzie a interviului inițial:

- decizia de a lucra, împreună cu terapeutul, asupra anumitor aspecte care țin de persoana clientului și care sunt inconfortabile, neclare, invalidante etc. pentru client;
- condițiile păstrării confidențialității;
- condițiile care trebuie respectate de către client.

Responsabilitățile terapeutului:

1. să ofere clientului servicii de postcură, în funcție de nevoile acestuia;
2. să stabilească un plan personalizat de intervenție;
3. să adapteze planul personalizat de intervenție, dacă situația o impune;
4. să-l informeze pe client, în timp util, despre modificările intervenite în program;
5. să respecte confidențialitatea informațiilor oferite de către client.

Responsabilitățile clientului:

1. să respecte programul de lucru stabilit împreuna cu specialiștii din cadrul echipei;
2. să nu se prezinte la programul de tratament sub influența drogurilor;
3. să îndeplinească sarcinile stabilite de comun acord cu psihologul / asistentul social;
4. să se implice activ în rezolvarea problemelor cu care se confruntă;
5. să informeze specialiștii din echipă despre orice modificare intervenită în situația sa;
6. să manifeste o conduită adecvată (un comportament civilizat) pe perioada tratamentului.

COMUNITATEA TERAPEUTICĂ

Definirea şi locul comunităţii în lanţul terapeutic

Comunitatea terapeutică este un sistem de tratament cu o structură rezidenţială, destinată persoanelor dependente de droguri care au optat pentru abstinenţa totală. Ea oferă un mediu foarte bine structurat, similar unei familii funcţionale, cu o ierarhie ce reflectă diferite nivele de asumare a responsabilităţii şi de progres în tratament. Din punct de vedere terapeutic, se bazează pe impactul vieţii comunitare şi pe sprijinul din partea egalilor.

Programul unei comunităţi terapeutice vizează, în plus faţă de menţinerea abstinenţei, obţinerea şi interiorizarea unor modele comportamentale care să-i permită construirea unui nou stil de viaţă, o adaptare mai constructivă la stres, schimbarea concepţiei negative despre sine, menţinerea unor relaţii autentice şi intime cu alte persoane, şi, în consecinţă redobândirea capacităţii de a se bucura de propria viaţă.

Specificul comunităţii terapeutice este dat de următoarele aspecte:

- Dependenţa de drog este considerată ca fiind o condiţie care implică întreaga persoană, consumul fiind doar un simptom al problemelor subiacente, de ordin psihologic şi social, cu care persoana trebuie să înveţe să se confrunte.

- Comunitatea terapeutică evită orice formă de instituţionalizare care ar putea favoriza transferarea responsabilităţii pentru schimbare terapeutului sau oricărei alte persoane în afară de rezidentul[*] însuşi. În schimb, dezvoltă o abordare de tratament care promovează practicarea ajutorului reciproc între membri săi.

- Comunitatea terapeutică oferă persoanei oportunitatea de a-şi depăşi limitele impuse de stilul de viaţă dependent. Membrii ei sunt motivaţi prin obţinerea unor statute tot mai înalte în cadrul ierarhiei, pe măsură ce demonstrează maturitate în comportament şi contribuie la diferitele activităţi puse în slujba comunităţii.

- Efectul combinat al contextului, persoanelor, regulilor şi normelor care guvernează interacţiunea membrilor, ca şi de sistemul împărtăşit de credinţe creează un anumit impact fizic, emoţional, social şi moral asupra percepţiei indivizilor. Întâlnirea iniţială a unei persoane cu comunitatea terapeutică lasă impresia de ordine şi scop.

- Comunitatea terapeutică reproduce modelul unei familii funcţionale, având o structură ierarhică, formată din membri mai tineri sau mai în vârstă. Fiecare membru are un rol definit şi responsabilităţi pentru susţinerea funcţionării adecvate a comunităţii. Sunt stabilite reguli şi norme comunitare, conform cărora membri se angajează să trăiască şi pe care le respectă cu stricteţe după ce intră în comunitate.

[*] persoană care urmează un program de tratament într-o comunitate terapeutică sau în orice altă formă de tratament rezidenţial.

o Modul de funcţionare al comunităţii terapeutice este determinat de interacţiunea următorilor factori:

(1). Personalul şi dinamicile relaţionale dintre membri săi;

(2). Contextul fizic şi structurarea vieţii de zi cu zi;

(3). Regulile sau standardele normative;

(4). Metodele utilizate pentru a modela comportamentele deviante;

(5). Metodele utilizate pentru abordarea aspectelor psihice şi creşterea cunoaşterii de sine; (6). Instrumentele pentru dezvoltarea abilităţilor şi a încrederii în sine.

(The Process of Building a Therapeutic Environment, Perfas Fernando, 2002)

Istoricul comunităţilor terapeutice

Termenul de comunitate terapeutică este asociat adesea cu mişcarea Synanon din California anilor 50– 60.

Populara mişcare Synanon a dominat scena tratamentului dependenţei de droguri. Ea a atras atenţia profesioniştilor din domeniu, nu atât datorită popularităţii ei, cât datorită promisiunii de vindecare. În acel moment exista convingerea că dependenţii de drog sunt incurabili. Toate tratamentele cunoscute şi acceptate, de la farmacologie până la toate formele de „vindecare verbală" eşuaseră. Pentru prima dată, exista o promisiune evidentă de vindecare, datorită câtorva dependenţi de heroină care reuşiseră să rămână abstinenţi. Prin ajutorul mutual oferit de rezidenţii foşti dependenţi care au ales să trăiască ca membrii ai comunităţii Synanon, mulţi alţii au reuşit să rămână abstinenţi perioade de timp necrezut de lungi pentru acea vreme.

Rogers a dezvoltat grupurile de întâlnire, metoda socială cu cea mai rapidă răspândire a secolului şi probabil cea mai puternică. În California anilor '50 jocurile Synanon şi grupurile de întâlnire conduse de profesionişti s-au influenţat unele pe altele. În ultimele decade, absolvenţi ai comunităţilor terapeutice s-au alăturat centrelor de creştere personală ca lideri de grup. Aceşti lideri de grup, dublu experimentaţi, au arătat personalului de profesionişti cum să conducă grupurile de întâlnire într-o comunitate terapeutică. Capacitatea acestor tehnici de grup de a aborda atitudinile autodistructive a făcut ca grupurile de întâlnire să devină esenţiale în comunităţile terapeutice (Yablonsky, 1989)

Synanon, ca precursor al comunităţii terapeutice de astăzi pentru dependenţii de drog, a dezvoltat majoritatea tehnicilor de bază ale comunităţii terapeutice. Această abordare este radical diferită de modelul de tratament convenţional din acea vreme. Comunitatea terapeutică este o comunitate de ex-dependenţi, ajutându-se unii pe alţii pentru a se recupera şi a rămâne abstinenţi. Dezamăgită de lipsa unui răspuns eficient din partea profesioniştilor, care nu reuşeau decât să ofere dependenţilor medicamente paleative, pentru a alina durerile sevrajului, Synanon a căutat răspunsurile în altă parte. Primii lideri ai mişcării Synanon au înţeles puterea dinamicilor de grup în a modela comportamentul şi în a reîntări normele comunităţii. În prezent, sursa principalei puteri de vindecare a comunităţii terapeutice stă în puterea grupului, a comunităţii.

Comunitatea terapeutică a trecut prin multe transformări de la înfiinţarea ei de către un grup de dependenţi de drog. Totuşi, moştenirea ei de auto-ajutor, responsabilitate personală, grijă responsabilă, responsabilitate socială şi valorizarea familiei încă trăieşte. În plus, a lăsat o abordare foarte practică privind schimbarea comportamentului uman, printr-un proces de

învăţare socială în contextul comunităţii. (The Process of Building a Therapeutic Environment, Fernando Perfas, 2002)

În 1965, sociologul Lewis Yablonsky a descris comunitatea Synanon ca fiind un nou tip de terapie de grup, o abordare eficientă a integrării rasiale, o soluţie umană la unele faţete ale organizării birocratice, un mod diferit de a fi religios, o nouă metodă de terapie de atac, un tip neobişnuit de comunicare.

Fondatorul mişcării Synanon, Chuck Dederich a descris abordarea sa în termeni antropologici: „încercăm să creăm o familie extinsă, de tipul triburilor tradiţionale, care dispun de obicei de o figură paternă autocratică, puternică, ce împarte în mod ferm dreptate, combinată cu o grijă caldă şi care este un model, având convingeri interioare legate de valoarea onestităţii, seriozităţii, educaţiei şi muncii dedicate".

Structura unei comunităţi terapeutice

Organizarea şi programul comunităţii terapeutice

CONTEXTUL FIZIC

Comunităţile terapeutice sunt facilităţi rezidenţiale, având statut de unitate închisă şi localizate departe de mediul legat de droguri. În funcţie de nevoi, de resursele financiare şi de toleranţa comunităţii, ele pot fi situate în afara oraşelor sau în cartierele suburbane. Capacitatea unei comunităţi terapeutice poate varia foarte mult, având în medie 30-80 de locuri.

Contextul fizic este deosebit de important în crearea mediului comunităţii terapeutice. Acesta poate da *tonul* pentru felul în care oamenii se comportă şi interacţionează. Comunitatea terapeutică este recunoscută prin accentul pe care îl pune pe organizarea şi structurarea mediului. Un mediu curat şi plăcut promovează un comportament sănătos. Într-o anumită măsură, mediul fizic reflectă psihicul colectiv al comunităţii.

Chiar în cazul existenţei unor condiţii modeste, este foarte important ca ambianţa să fie asemănătoare mai degrabă unei familii, decât unei instituţii. Pentru a crea un loc autentic de vindecare, este necesară o atmosferă sigură din punct de vedere fizic şi emoţional, care să promoveze onestitatea şi deschiderea în comportament şi sentimente. Aceasta presupune ca rezidenţii să aibă încredere în membrii personalului, să simtă că acestora le pasă şi sunt sinceri cu ei.

Acest loc trebuie să permită membrilor ei să-şi asume responsabilitatea alegerilor şi acţiunilor proprii. Mediul comunităţii terapeutice promovează un comportament pro-social de încredere şi grijă responsabilă, oferind o alternativă la mediul de viaţă nesigur al dependenţilor de drog, în care fiecare persoană este nevoită să se bazeze pe „înţelepciunea străzii" şi pe talentele sale antisociale.

DURATA TRATAMENTULUI

Durata tratamentului nu este strict determinată, aceasta depinzând de ritmul de progres al fiecărui individ. În medie este cuprinsă între 6 luni şi 2 ani.

Este bine de menţionat faptul că, deşi cei care termină tratamentul au cele mai bune rezultate, şi cei care renunţă pot avea anumite beneficii. Totuşi, durata tratamentului este, conform unui mare număr de studii, unul din cei mai buni predictori ai succesului în tratament. Indivizii care

rămân cel puţin 90 de zile în tratament au în mod semnificativ rezultate mai bune decât cei care stau perioade de timp mai scurte. Ca şi în celelalte sisteme de tratament, un mic procent din numărul persoanelor dependente care intră în program reuşesc să parcurgă toate etapele acestuia (15-25%).

COMUNITATEA CA METODĂ

Comunitatea terapeutică este, în sine, un agent al schimbării. Modul de structurare al interacţiunilor dintre membrii ei are rolul de a influenţa atitudinile, percepţiile şi comportamentele asociate cu consumul de drog.

NORMELE

Ca membru activ al comunităţii, persoana aflată în recuperare trebuie să adere la norme comportamentale stricte şi explicite, reîntărite prin recompense şi pedepse şi direcţionate către dezvoltarea autocontrolului şi responsabilităţii.

Odată cu asumarea graduală a acestor norme, membrii comunităţii devin „modele de rol" ce reflectă activ valorile şi învăţăturile comunităţii. Programul zilnic de activităţi are rolul de a aduce disciplină în viețile tipic dezordonate ale rezidenților şi de a-i învăța cum să-şi planifice şi să-şi atingă scopurile.

De asemenea, participarea la viaţa comunităţii permite identificarea, exprimarea şi gestionarea adecvată şi constructivă a sentimentelor proprii. Conceptele de „viaţă corectă" (învăţarea responsabilităţii şi eticii personale şi sociale) şi „a te purta ca şi cum" (ce pune accent mai curând pe ceea ce ar trebui să fii decât pe ceea ce ai fost) sunt părți integrante ale filosofiei după care sunt conduse grupurile, întâlnirile şi seminarele comunităţii terapeutice. Aceste activităţi au rolul de a creşte conştientizarea privind atitudinile specifice diferitelor comportamente şi impactului lor asupra propriei persoane şi asupra mediului social.

Normele comunităţii terapeutice conțin:

1. *Valorile comunităţii*: respect, responsabilitate, grija pentru ceilalţi membri, ajutarea celorlalți, lucrul în echipă, onestitatea, inițiativa, conştiinciozitatea.

2. *Valori personale care promovează o viață fără droguri*: onestitatea, responsabilitatea, respectul, umilința, deschiderea, curajul, inițiativa, valorizarea calității muncii, dragostea responsabilă şi grija pentru ceilalți, ajutarea celorlalți să depăşească dificultăţile, conştientizarea, recunoştința.

3. *Regulile comunității* care promovează un tratament sigur şi comprehensiv în comunitate:

- <u>*Reguli majore,*</u> care includ abținerea de la droguri, violență sau amenințarea cu violența, sex sau manifestări sexuale, furt.

- <u>*Reguli şi regulamente ale casei*</u>

Este nevoie de un mediu foarte structurat pentru a controla funcţionarea unei comunităţi terapeutice. Această structurare se obţine prin organizarea ierarhică şi prin programul zilnic, care ordonează viețile membrilor comunității terapeutice, începând de la noul venit şi până la cel mai vechi membru. Poziţiile ierarhice definesc rolurile, responsabilităţile şi privilegiile membrilor comunităţii. Programul zilnic stabileşte structura exercitării rolului şi responsabilităților pentru fiecare membru.

Valoarea terapeutică a structurii rezidă în crearea condiţiilor pentru ca persoana dependentă să trăiască sentimentul de succes, chiar dacă într-un sens limitat. Ierarhia de muncă şi programul zilnic foarte solicitant ajută rezidentul să trăiască un sentiment de stabilitate şi de

siguranţă, sentiment la care rareori are acces cineva obişnuit cu viaţa de pe stradă – nestructurată, impredictibilă şi potenţial periculoasă. Structura încurajează planificarea - ceea ce favorizează învăţarea unui comportament care se opune impulsului de a căuta, în orice ocazie, gratificări imediate. Urmărind scopul său limitat de a trăi starea dată de drog, dependentul şi-a pierdut capacitatea de a-şi stabili scopuri şi priorităţi şi de a-şi organiza viaţa astfel încât să le poată atinge. Elementul fundamental al succesului în tratament este acela de a se întoarce la o viaţă structurată care să-i permită să obţină succese mici, pe care le poate construi în procesul său de recuperare.

Monitorizarea continuă în cadrul comunităţii permite evidenţierea permanentă a scuzelor folosite de dependent pentru a-şi justifica eşecurile, oferindu-i acestuia posibilitatea de a învăţa un repertoriu de atitudini şi comportamente noi şi mai adaptate. Implicarea constantă şi activă în propriul program de tratament creşte şansele rezidentului de a trăi sentimente de succes şi încredere în forţele proprii.

STRUCTURA IERARHICĂ

Un aspect important al „comunităţii ca metodă" este organizarea ei ierarhică, cu poziţii bine definite, ce presupun grade variate de responsabilitate şi sunt ocupate de rezidenţi aflaţi în diferite etape ale procesului lor de recuperare.

Ocuparea unei anumite poziţii presupune asimilarea de către rezident a valorilor legate de muncă. Un rezident este permanent supravegheat de către cei aflaţi la acelaşi nivel şi la nivele superioare, ceea ce permite conducerii comunităţii să se concentreze mai mult asupra aspectelor tehnice ale desfăşurării programului de tratament.

Caracterul terapeutic al ierarhiei este dat de sentimentele de încredere în forţele proprii şi eficienţă personală, trăite de rezidenţi atunci când reuşesc să urce în ierarhie. Mobilitatea către vârful sau baza structurii este o modalitate de a recompensa comportamentele responsabile sau de a retrage privilegiile implicate de o anumită poziţie ca răspuns la un comportament distructiv.

Un alt avantaj al organizării ierarhice este claritatea căilor de comunicare. Astfel, managementul superior (personalul comunităţii terapeutice), deşi nu se implică în treburile de rutină, supraveghează şi monitorizează îndeaproape comportamentul fiecărui membru al comunităţii. Rezidenţii primesc un feed-back constant cu privire la comportamentele proprii sau ale celorlalţi. În funcţie de importanţa sau gravitatea informaţiei-feed-back se iau decizii la diferite niveluri. Problemele care afectează sănătatea oricărui membru sau siguranţa mediului de tratament, cum ar fi prezenţa drogurilor în comunitate sau actele de violenţă, sunt informaţii care străbat întreaga ierarhie.

Rezidenţii sunt împărţiţi în departamente, având sarcini diferite, cum ar fi curăţenia în casă, prepararea mâncării, rezolvarea problemelor administrative, îngrijirea grădinii şi animalelor, repararea obiectelor din casă. Fiecare departament are un lider, care raportează unui coordonator. Coordonatorul este ajutat de persoane numite „expeditori" care au o vedere de ansamblu asupra a ceea ce se întâmplă care raportează despre comportamentul membrilor. Rezidenţii care au manifestat un comportament negativ grav sunt câteodată izolaţi de ceilalţi şi trebuie să facă lucruri neplăcute, cum ar fi spălatul toaletelor (pedeapsă cu atât mai umilitoare cu cât este dată cuiva care a dobândit o poziţie înaltă în ierarhie). Zilnic, un rezident răspunde de bunul mers al lucrurilor în întreaga comunitate terapeutică.

Poziţia ocupată la un moment dat de un rezident în cadrul structurii ierarhice este stabilită de personalul clinic al comunităţii, prin evaluări periodice. Noilor rezidenţi li se oferă poziţii cu puţine responsabilităţi. Ei pot învăţa să-şi asume mai multe responsabilităţi, pe măsură ce parcurg etapele procesului de recuperare. De multe ori, rezidenţii sunt numiţi anume în poziţii în care pot învăţa din propriile greşeli. Pendularea spre vârful sau spre baza ierarhiei oferă rezidentului oportunitatea de a învăţa să-şi asume şi să delege responsabilităţi, dar şi să gestioneze conflictele cu autoritatea, lucru necesar pentru reintegrarea lor în societate.

MODELELE DE ROL

Comunitatea terapeutică este o metodă în sine şi datorită componenţei personalului, reprezentat în mare parte din foşti dependenţi, recuperaţi şi formaţi ca şi consilieri. Normele şi reglementările care ghidează relaţiile dintre membrii personalului sunt similare celor care ghidează interacţiunile dintre rezidenţi. Congruenţa între ceea ce se spune şi ceea ce se face este esenţială pentru dependentul de drog, care a învăţat foarte bine până la intrarea în comunitate cum să speculeze în folosul propriu orice slăbiciune sau inconsistenţă a sistemului social. Este de aşteptat, deci, ca orice inconsistenţă sau abatere de la regulile comunităţii să fie exploatată de către rezident.

În acest sens, comunitatea terapeutică este un mediu puternic de învăţare. Cei mai eficienţi profesori sunt „modelele de rol", care îi învaţă pe alţii prin exemplul personal. Accentul pus pe modelele de rol asigură un mediu credibil de învăţare pentru rezidenţi.

Foştii dependenţi, ca modele de rol în comunitate, au o valoare deosebită - personificând speranţele rezidenţilor în lupta lor pentru a-şi depăşi condiţia. Ei sunt „specialişti ai procesului de recuperare", având o abilitate deosebită de a empatiza cu un alt dependent. Aceasta face din fostul dependent un „clinician" valoros în comunitatea terapeutică. Intervenţiile unui tratament eficient presupun o înţelegere profundă a schimbărilor subtile din gândirea colectivă a rezidenţilor.

A te comporta în aşa fel încât să oferi un model de rol nu este o cerere adresată exclusiv rezidenţilor sau foştilor dependenţi, ci personalului per ansamblu. Dependentul aflat în recuperare are nevoie de o varietate de eroi în viaţa sa, pentru a achiziţiona un repertoriu de abilităţi sociale. Mai ales în ultima parte a recuperării, când rezidentul se confruntă cu aspecte legate de carieră, de construirea abilităţilor sociale eficiente şi obţinerea stabilităţii familiale, specialiştii din cadrul personalului reprezintă modele de rol eficiente.

INSTRUMENTELE COMUNITĂŢII TERAPEUTICE

În comunitatea terapeutică sunt utilizate două tipuri de instrumente: *instrumente de modelare a comportamentului,* având scopul primar de a controla şi direcţiona comportamentul membrilor comunităţii şi *instrumente terapeutice,* folosite pentru obţinerea insight-ului sau a înţelegerii propriei persoane.

Instrumentele de modelare comportamentală sunt eficiente doar atâta timp cât persoana locuieşte în comunitatea terapeutică. Pentru a obţine o schimbare comportamentală de durată cu ajutorul acestor instrumente, aceasta trebuie să fie interiorizată, obţinându-se insight-ul care să ofere conexiunea necesară între valoarea comportamentului nou învăţat şi scopul persoanei de a-şi menţine abstinenţa. Cele două categorii de instrumente sunt complementare.

Instrumente de modelare a comportamentului

În afară de folosirea structurii ierarhice, recompensele pentru un comportament pozitiv pot fi oferite în forma anumitor privilegii, iar pedepsele pot lua forma retragerii acestora.

Modalităţile prin care rezidentul este determinat să conştientizeze impactul comportamentului său sunt variate, având în comun un caracter ritual.

Astfel, în comunităţile de tip Daytop sunt folosite instrumente verbale de modelare comportamentală, cum ar fi:

„***Pull-up***" este o remarcă sau un comportament manifestat direct, de obicei după neglijarea a ceva ce ar fi trebuit făcut. Această admonestare verbală poate fi dată chiar şi întregii comunităţi, mai ales atunci când nu este clar cine este responsabil pentru ceva negativ.

„***Hair-cut***" este o mustrare verbală ritualizată, aplicată atunci când este necesar un răpuns intens pentru a face persoana conştientă de caracterul distructiv al comportamentului ei şi pentru a evidenţia relaţia cu comportamentul negativ din trecut. Această mustrare conţine, de asemenea, indicaţii privind comportamentul aşteptat şi direcţia schimbării. Ritualul presupune întâlnirea rezidentului cu două sau trei persoane, care urmează să îi „administreze" mustrarea. Rezidentul stă în picioare în faţa celorlalte persoane, care stau pe scaune şi nu are voie să răspundă. Singurul lucru pe care poate şi trebuie să-l spună este să spună „mulţumesc". Scopul este de a-l face pe rezident să renunţe la a-şi justifica şi menţine comportamentele negative şi să înţeleagă că mustrarea vine în sprijinul schimbării lui.

„***Experienţele de învăţare***" presupun evidenţierea, prin diferite metode, a unui comportament negativ, făcându-l vizibil pentru rezident şi pentru ceilalţi membri ai comunităţii. Astfel, o experienţă de învăţare frecvent utilizată este să i se dea rezidentului să scrie pe o hârtie o propoziţie scurtă cum ar fi: „îmi pasă doar de mine?" sau „sunt un hoţ?". Rezidentul o poartă o zi întreagă, legată la gât. Alte experienţe de învăţare presupun jucarea unui rol legat de comportamentul sau rezistenţele rezidentului. Rezidenţii care manifestă tendinţe de izolare, nepermise în comunitate, pot fi izolaţi pentru o vreme, de exemplu li se spune să locuiască singuri într-un cort pentru o săptămână, sau pot fi internaţi într-un spital din cadrul comunităţii terapeutice, unde se comportă ca şi pacienţi, primesc o îngrijire prietenoasă şi atenţie din partea celorlalţi rezidenţi. Aceste tipuri de experienţe de învăţare sunt, în plus, nişte oportunităţi de a sparge rutina şi de a aduce umorul în comunitate.

„***Grupul de întâlnire***" are, pe lângă rolul de a ajuta rezidentul să conştientizeze impactul comportamentului său, şi rolul de a produce catharsis emoţional. Atunci când un rezident este afectat emoţional de un anumit eveniment petrecut în comunitate, adesea de un comportament sau atitudine negativă a unui alt rezident, el cere, în scris, abordarea acestui eveniment în cadrul grupului de întâlnire.

La acest grup participă, de obicei, 10-12 rezidenţi şi doi lideri de grup. La baza grupului de întâlnire stau următoarele presupuneri:

- atitudinea critică este valoroasă;
- toată lumea greşeşte;
- un grup de întâlnire nu este o ceartă despre „cine are dreptate";
- un lider de grup este şi el deschis confruntării;

- dacă mai multe persoane îţi spun ceva despre tine, ar fi bine să iei în considerare ceea ce îţi spun;

- primeşti de la grup ceea ce oferi.

Grupul începe de obicei cu o manifestare de furie a unuia din participanţi, adresată unui alt participant şi urmată de exprimarea cu voce tare a emoţiilor. Se implică şi alţi membri ai grupului, iar emoţiile reprimate sunt eliberate. De obicei persoana atacată începe să reacţioneze eliberându-şi propriile emoţii reprimate. După acest moment, membrii grupului aduc în discuţie confruntări similare pe care le-au avut în trecut cu persoana în cauză. Aceasta poate trăi sentimente de disperare, teamă sau durere şi este încurajat să-şi exprime aceste emoţii. În acest moment, confruntarea încetează şi, de obicei, persoana „atacată" îşi recunoaşte comportamentul. Confruntarea se termină adesea cu o îmbrăţişare din partea persoanei care a iniţiat-o, urmând un moment cald, de fuziune şi empatie în grup.

Întregul grup îşi concentrează atenţia asupra unei singure persoane odată.

Activitatea se încheie cu o verbalizare finală, fiecare participant exprimându-şi opinia despre ceea ce s-a întâmplat.

Centrându-se pe experienţa în „aici şi acum" şi promovând comunicarea liberă, grupul de întâlnire face vizibile motivaţiile şi atitudinile din spatele comportamentelor manifestate de rezidenţi.

Întâlnirile casei

Au loc în cazul producerii unei crize sau a încălcării serioase a regulilor de bază.

Astfel de întâlniri au rolul de a oferi încredere atunci când lucrurile au scăpat de sub control. Ele sunt conduse de directorul comunităţii terapeutice şi se adresează unuia sau mai multor rezidenţi, uneori chiar întregii comunităţi. Directorul îşi exprimă îngrijorarea privind ceea ce s-a întâmplat şi cheamă în faţa grupului rezidenţii care s-au comportat inadecvat, spunându-le ceea ce crede despre comportamentul lor. Intervenţia lui este de multe ori susţinută de alţi membrii ai personalului. Adesea, rezidenţii sunt invitaţi să le urmeze exemplul.

Instrumente terapeutice

Consilierea individuală sau de grup permite explorarea de către rezidenţi a aspectelor personale, trecute sau prezente, legate de consumul de droguri sau de alte domenii ale vieţii lor. Pentru ca persoana dependentă să-şi poată depăşi rezistenţele puse în funcţiune în situaţia terapeutică este folosită o metodă directă, de confruntare a ei cu realităţile dure ale propriei vieţi. Credinţele eronate ale dependentului sunt permanent scoase în evidenţă şi se pune accentul pe responsabilitatea personală.

Grupul static, grupul de sondare, grupul extins şi grupul maraton sunt forme de terapie de grup, specifice comunităţii terapeutice, fiecare dintre acestea propunându-şi atingerea unui anumit nivel de intensitate şi profunzime.

Există anumite scopuri de învăţare sau progrese în tratament pe care rezidenţii trebuie să le obţină înainte de a intra într-un astfel de grup. Astfel, unui rezident mai nou i se va cere să participe la un *grup săptămânal static*, care îi permite să urmeze procesul terapeutic conform nevoilor sale imediate, sau să înceapă să exploreze arii din viaţa sa pe care are nevoie să le gestioneze.

Persoana dependentă trăieşte adesea dificultăţi în a vorbi deschis despre sine datorită inabilităţii lui de a avea încredere în alţii. Această lipsă a încrederii este legată, de multe ori, de sentimentul de inadecvare personală sau de stima de sine scăzută.

Grupul de sondare cere, comparativ cu grupul static, un nivel mai ridicat de deschidere privind viaţa personală, rezidentul fiind încurajat să vorbească inclusiv despre aspectele legate de sexualitatea sa şi de experienţele sexuale care ar putea fi legate de conceptul de sine şi de problema consumului de drog.

Grupurile extinse şi maraton sunt cele mai intense dintre aceste tipuri de terapie de grup.

Ambele implică perioade extinse de timp. Ele se desfăşoară într-o încăpere izolată, pe parcursul unei zile sau chiar două de derulare fără oprire a procesului de grup. Aspectele abordate sunt, în cea mai mare parte, legate de trecut, dar cu relevanţă pentru strategiile prezente de adaptare ale rezidenţilor. Pentru a putea beneficia de o astfel de experienţă, este necesar un nivel ridicat de deschidere şi o anumită capacitate de introspecţie a participanţilor.

Toate activităţile din comunitatea terapeutică, ca şi interacţiunile interpersonale şi sociale sunt oportunităţi pentru schimbarea individuală. Programul unei zile în comunitate include şi activităţi precum: exerciţii fizice, întâlnirea de dimineaţă, seminarii.

Exerciţiile fizice zilnice se fac dimineaţa devreme, înainte de masa de dimineaţă, variind de la alergarea în jurul casei până la exerciţii aerobice pe muzică.

Întâlnirea de dimineaţă are loc în fiecare zi, după micul dejun şi stabileşte *tonul* pentru întreaga zi. Ea începe cu anunţarea evenimentelor zilei. Mai întâi i se cere unuia dintre noii rezidenţi să citească filosofia comunităţii. Alt rezident este desemnat să aducă veşti din interiorul sau din afara comunităţii. După aceasta, rezidentul care conduce întâlnirea citeşte numele persoanelor de pe „lista de admonestări", cerându-le să se ridice în picioare. Participanţii sunt invitaţi să le ofere feed-back pentru comportamentul lor. Persoana care conduce întâlnirea are grijă ca toată lumea să se implice. Nici un participant nu poate rămâne pasiv. Întâlnirile de dimineaţă pot fi foarte vii şi distractive pentru rezidenţi, oferind totodată multă informaţie personalului care priveşte ceea ce se întâmplă.

Seminarul zilnic are rol de „exerciţiu mental". Cu această ocazie, participanţii pot propune o temă de discuţie. Rezidenţii învaţă să vorbească în faţa unui grup mare. De asemenea, învaţă că există multe lucruri interesante în afară de a se droga. Temele abordate pot fi legate de filosofia comunităţii terapeutice sau de aspecte ca încrederea, prietenia, prejudecăţile sau valorile. Fiecare persoană este invitată să-şi spună opinia. Discuţiile pe teme pentru care nu există soluţii unice, nu există păreri corecte sau greşite ajută rezidenţii să-şi iasă dintr-un model de gândire stereotipă şi să se exprime liber.

Fazele tratamentului

Recuperarea din dependenţa de drog este un proces care implică dezvoltarea unei auto-conştientizări crescute privind aspectele psihosociale legate de istoricul consumului. În comunitatea terapeutică, tratamentul presupune parcurgerea anumitor faze, fiecare implicând diferite achiziţii, modificări cognitiv-emoţionale, comportamentale şi atitudinale.

Conceptul de „fază de tratament" presupune stabilirea criteriilor de depăşire a fiecărei faze. Criteriile sunt reprezentate de sarcini de învăţare prestabilite, care trebuie îndeplinite pentru a trece de la o fază la următoarea.

Fazele tipice de tratament în comunitatea terapeutică sunt:

1. ***Intrarea/faza de orientare (aproximativ 2-4 săptămâni)***

Presupune, ca sarcini de învăţare, orientarea privind normele, ritualurile şi îndatoririle în comunitatea terapeutică, contactul cu personalul şi introducerea în comunitate.

În această fază, sarcinile de muncă sunt simple, neimplicând luarea unor decizii majore.

2. ***Faza centrală a tratamentului (aproximativ 4-6 luni)***

În această fază, sunt avute în vedere următoarele sarcini de învăţare:

- comportamentele şi atitudinile legate de consum sunt modelate cu instrumente specifice comunităţii terapeutice;

- rezidentul învaţă şi practică normele şi valorile comunităţii;

- învaţă să-şi identifice prioritățile legate de tratament (psihologice, sociale sau familiale, medicale, educaţionale, vocaţionale etc);

- reuşeşte să-şi controleze emoţiile şi învaţă să şi le exprime adecvat în grupuri de consiliere;

- învaţă să verbalizeze şi să dezvăluie aspecte critice sau probleme nerezolvate ale vieţii lui, în cadrul sesiunilor de grup sau individuale;

- învaţă să ofere şi să primească ajutor, să aplice instrumentele şi ritualurile comunităţii terapeutice pentru a aborda aspectele personale şi pentru a-şi ajuta colegii;

- dobândeşte abilităţi de prevenire a recăderilor identificând factorii personali cu risc crescut şi dezvoltând strategii cognitiv-emoționale, comportamentale şi atitudinale pentru a le depăşi;

- dobândeşte cunoştinţe privind sănătatea şi siguranţa relaţiilor sexuale.

Din perspectiva sarcinilor de muncă, în această fază rezidentul urcă treptat în structura organizaţională a comunităţii terapeutice şi începe să aibă mici responsabilităţi de supervizare. Creşte complexitatea sarcinilor de muncă; creşte sentimentul responsabilităţii şi motivaţia. Rezidentul poate urca sau coborî în ierarhie, în funcţie de calitatea rezultatelor muncii sale, de consistenţa progresului în tratament şi de aspectele clinice care trebuie rezolvate. El devine model de rol pentru colegii mai tineri, ajută la primirea noilor membri, interiorizează etica muncii în comunitatea terapeutică.

3. ***Faza premergătoare revenirii (aproximativ 2-3 luni)***

Sarcinile de învăţare asociate acestei faze sunt:

- stabilirea scopurilor pe termen scurt şi lung privind reintegrarea socială;

- resocializarea treptată, rezidentul începând să iasă în afara comunităţii;

- reconstruirea relaţiilor familiale sau stabilirea unui nou sistem social de suport;

- concentrarea asupra scopurilor legate de carieră, educaţionale sau productive în vederea creşterii autonomiei personale;

- interiorizarea normelor, valorilor personale şi stilului de viaţă fără droguri, nou achiziţionate;

- desfăşurarea de activităţi spirituale, artistice, recreaţionale sau sociale ca parte a programului de reintegrare.

Sarcinile de muncă au o complexitate tot mai mare, implicând roluri de conducere şi supervizare. Rezidentul devine un model de rol pentru comunitate.

4. ***Faza revenirii (aproximativ 2-4 luni)***

În această fază, rezidentul se concentrează în mod special asupra restabilirii unei vieţi în afara comunităţii; învaţă să facă faţă aspectelor legate de recădere, exersând un stil de viaţă stabil, cu accent pe un program bine structurat de recuperare. Îşi construieşte o reţea puternică de suport social (familie, prieteni, sponsori, grupuri tip 12 paşi, etc); pune în practică abilităţile de adaptare şi organizare a vieţii de zi cu zi, învăţate în comunitate.

În cazul în care îşi caută un loc de muncă în afara comunităţii, rezidentul este eliberat treptat de responsabilităţile majore ale tratamentului în comunitate. Rămâne, însă, un model de rol pentru ceilalţi rezidenţi. Rezidenţii cu potenţial sunt formaţi pentru intra în cadrul personalului. Îşi asumă rolul de facilitator de grup în tratamentul comunităţii. Sarcinile de muncă implică ajutarea noilor membri.

5. ***Faza de postcură (aproximativ 6-12 luni)***

Sarcinile de învăţare constau acum în găsirea congruenţei între diferite aspecte ale stilului de viaţă fără droguri – valori, loc de muncă, prieteni, cerc social, activităţi recreaţionale, etc. Programul de recuperare se centrează acum pe direcţia creşterii personale şi a menţinerii unui stil de viaţă fără droguri.

Fostul rezident menţine contactul cu comunitatea terapeutică şi oferă din timpul personal. Devine o resursă importantă şi poate lucra ca facilitator al grupurilor speciale.

Criterii de eligibilitate

Mulţi dintre indivizii admişi în comunităţile terapeutice au un istoric de funcţionare socială, abilităţi educaţionale/vocaţionale şi legături pozitive cu comunitatea şi familia, care au fost însă erodate de abuzul de substanţe. Pentru ei, recuperarea implică *reabilitare*, reînvăţarea sau restabilirea funcţionării sănătoase, a abilităţilor şi valorilor, precum şi recâştigarea sănătăţii fizice şi emoţionale.

Alţi rezidenţi ai comunităţilor terapeutice nu au avut niciodată un stil de viaţă funcţional. Pentru aceste persoane, comunitatea terapeutică este, de obicei, prima lor încercare de a trăi ordonat. În acest caz, recuperarea implică *abilitare* – învăţarea pentru prima dată a comportamentului, abilităţilor, atitudinilor şi valorilor asociate cu viaţa socială.

Comunităţile terapeutice tratează persoane cu o gamă largă de probleme privind abuzul de substanţe. Cei trataţi au deseori probleme severe cum ar fi politoxicomanii, probleme legale, lipsa de suport social şi probleme de sănătate mintală (depresie, anxietate, stres post-traumatic, tulburări de personalitate antisociale şi de alte tipuri). (N.I.D.A.)

Pentru a detalia, într-o comunitate terapeutică sunt admise persoanele dependente de drog, care au optat pentru abstinenţa totală şi se află într-una din următoarele situaţii:

- au nevoie de timp şi structură pentru a practica şi integra metodele de recuperare şi reabilitare;
- au nevoie să iasă dintr-o situaţie de viaţă periculoasă şi toxică;
- prezintă deficite funcţionale, incluzând dificultăţi în aplicarea metodelor de recuperare, lipsa responsabilităţii personale sau alienarea faţă de muncă, educaţie sau viaţa de familie;
- au fost semnificativ afectaţi de dependenţa de drog, strategiile motivaţionale de prevenire a recăderilor nefiind eficiente într-un context ambulatoriu;

- prezintă tulburări cognitive temporare sau permanente care interferă cu relaţiile lor interpersonale sau cu abilităţile emoţionale de adaptare;
- au relaţii interpersonale haotice sau chiar abuzive, cu sprijin inadecvat, un istoric lung de tratament, probleme legale, performanţe deficitare în muncă sau la şcoală, sau un sistem de valori antisociale;
- necesită tratament integrat sau de durată relativ lungă pentru tulburări multiple, incluzând deficienţe educaţionale şi vocaţionale şi probleme asociate.

Un specific aparte în comunitatea terapeutică îl are interviul de admitere. Acesta nu urmează modelul tradiţional medical sau psihiatric. În locul unei întâlniri faţă în faţă, între aspirant şi consilier, dependentul care vrea să intre într-o comunitate terapeutică trebuie să-şi exprime dorinţa de a se alătura comunităţii în faţa unui grup de foşti dependenţi. Aceştia îi pun întrebări ţintite, privind o arie largă de aspecte ale trecutului său şi se aşteaptă la răspunsuri oneste. Orice încercare de a minţi sau de a evita adevărul este tratată dur, orientând permanent dependentul în a răspunde cu sinceritate. Observaţiile făcute despre dependent sunt foarte directe, fiind folosite cuvinte care evocă emoţii intense.

Scopul acestui interviu nu este acela de a obţine date psihosociale privind persoana, ci de a pătrunde în profunzimile conştiente şi inconştiente ale motivaţiilor dependentului, în centrul rezistenţelor sale. Intervievatorii încearcă să identifice realitatea interioară a dependentului cu privire la neajutorarea şi sentimentul său de inadecvare, astfel încât el să se confrunte cu aceste adevăruri. Până când nu va fi capabil să obţină această stare de onestitate şi deschidere, motivaţia sa de a renunţa la droguri şi de a-şi schimba stilul de viaţă poate fi pusă sub semnul întrebării.

În cadrul interviului, provocarea disonanţei cognitive şi folosirea factorilor coercitivi impun persoanei să-şi evalueze propria situaţie. Aceşti factori coercitivi pot proveni din circumstanţe externe, cum ar fi ameninţarea cu puşcăria sau pierderea suportului familial. Alţi factori coercitivi pot proveni din surse interne, cum ar fi o sănătate şubredă sau îmbătrânirea, cu puţine şanse pentru o viaţă mai bună. Reuşind să-şi asume responsabilitatea pentru viaţa sa de până acum, el va avea o viziune mai clară asupra situaţiei sale şi a alegerilor pe care le-a făcut.

Asumarea responsabilităţii pentru propria viaţă şi obţinerea unei motivaţii adecvate pentru schimbare constituie factori importanţi care determină capacitatea dependentului de a urma tratamentul şi de a rămâne în program. Interviul de admitere în comunitate are scopul de a determina persoana să renunţe la masca negării şi să devină conştientă de nevoia sa de ajutor.

Eficienţă

Studiile au arătat că urmarea programului unei comunităţi terapeutice este asociată cu câteva rezultate pozitive: absenţa sau nivele mai scăzute ale consumului de drog, scăderea comportamentului infracţional, a şomajului şi a indicatorilor de depresie înregistraţi înainte de tratament.

Cea mai importantă concluzie a studiilor privind eficienţa tratamentului şi rezultatelor comunităţii terapeutice este faptul că succesul depinde de timpul petrecut în tratament. Altfel spus, cu cât un rezident rămâne mai mult timp în tratament, rezultatele vor fi mai bune. Studiile au arătat că cea mai mică perioadă pentru care un rezident trebuie să rămână în tratament pentru a obţine beneficii semnificative este de aproximativ 6 luni.

Cum se explică, totuşi, rata crescută a recăderii şi numărul mediocru de cazuri de succes?

Deşi un nou rezident poate fi bine pregătit pentru a intra în program, comunitatea terapeutică este un mediu stresant şi mulţi dintre noii rezidenţi (15 – 30%) pleacă în primele săptămâni ale programului. Rezidenţii care reuşesc să depăşească această perioadă este mai probabil să rămână până la sfârşitul tratamentului şi să ducă, în continuare, o viaţă lipsită de droguri şi productivă.

Ceea ce este evident este că renunţarea la tratament este regula, iar recăderile sunt comune. Nu este neobişnuit ca un individ dependent de drog să aibă mai multe încercări de tratament până când va deveni capabil să renunţe complet la droguri.

O perspectivă adecvată asupra dependenţei de droguri presupune conceptualizarea succesului în termeni de creştere. De exemplu, un dependent cronic de heroină, care se abţine de la heroină dar fumează marijuana este încă dependent, ca mentalitate. Procesul recuperării poate lua anumite forme, variind de la abstinenţa completă la reducerea treptată a consumului. După o perioadă de timp petrecută în tratament, unii rezidenţi se pot întoarce acasă cu un nivel crescut de funcţionare, deşi s-ar putea să nu fie total abstinenţi de la unele forme de consum. Alţii vor fi în stare să-şi păstreze locul de muncă sau să se reîntoarcă la şcoală, să reducă implicările infracţionale sau să se implice în activităţi productive, consumând totuşi droguri în mod ocazional. Dacă nu privim succesul în termeni absoluţi ci în termeni relativi, exemplele precedente reprezintă un grad semnificativ de schimbare ca urmare a tratamentului.

PREVENIREA ŞI GESTIONAREA RECĂDERILOR

La nivelul cunoştinţelor noastre actuale, dependenţa de heroină este definită ca o tulburare cronică, evoluând cu perioade de remisiune şi recăderi. Este adevărat că unii dintre cei care întrunesc criteriile diagnosticului pozitiv de dependenţă îşi revin complet fără nici un tratament. Totuşi, majoritatea vor prezenta multiple recăderi după tratament şi vulnerabilitatea la recădere va rămâne prezentă ani, sau poate chiar o viaţă. Ca şi în cazul altor boli cronice, este imposibil de a prezice dacă şi când o anume strategie terapeutică va duce la remisia completă. Considerând dependenţa o condiţie cronică, nu mai este surprinzătoare constatarea că nici stabilizarea pe termen scurt şi nici încarcerarea de lungă durată nu sunt eficiente.

Autorii contemporani sunt în unanimitate de acord asupra următoarelor puncte:

- educaţia nu corectează dependenţa de drog, care nu este o simplă problemă de lipsă de informaţii;
- consecinţele negative ale consumului de droguri (stare de rău, pierderea slujbei, conflictele cu autorităţile legale şi multe altele) sunt stimuli importanţi ce conduc către tratament;
- foarte puţini sunt cei ce pot avea beneficii dintr-o abordare corecţională a problemei. Rata recăderilor în cazul celor ce au fost abstinenţi în timpul încarcerărilor de orice tip este mult peste 70%;
- dependenţa nu este doar problema de a atinge stabilizarea (dezintoxicarea) şi apoi de a elimina drogurile din viaţa. Rata recăderilor urmând dezintoxicarea ca unica metodă de tratament este similară cu cea din cazul încarcerării.

Planul terapeutic

Planul terapeutic cuprinde totalitatea obiectivelor ce vor fi urmărite de-a lungul întregului tratament. El oferă un ghid, o « hartă » concepută de o echipă de profesionişti în strânsă colaborare cu pacientul însuşi şi individualizată pe cât posibil la necesităţile concrete exprimate sau descoperite în timpul evaluării dar şi la resursele de tratament accesibile. Toate eforturile sunt orientate către stabilirea unui echilibru între dorinţa pacientului şi oferta de servicii.

Pentru a alcătui un plan terapeutic coerent, sunt identificate, inventariate şi ierarhizate problemele pacientului, dar şi potenţialul acestuia şi sursele exterioare de suport. Planul de tratament trebuie să specifice care sunt rezultatele aşteptate şi mijloacele de a le atinge, într-un context concret, spaţio-temporal. Este indispensabilă dezvoltarea unui sistem de indicatori adecvaţi pentru a monitoriza rezultatele obţinute şi progresele programului în cauză. Ajustări periodice ale componentelor planului de tratament privind metodele, intensitatea, frecvenţa, durata, tipurile de servicii oferite, sunt necesare, în funcţie de eficienţa lor în rezolvarea situaţiilor critice curente ca şi efectul lor în evoluţia pe termen lung.

Monitorizarea toxicologică a folosirii drogului (evidenţierea prezenţei în urină a metaboliţilor opiaceelor), este un factor-cheie ce trebuie inclus în planul de tratament, mai ales :

- atunci când riscul de recădere este mare;
- în timpul fazelor iniţiale ale tratamentului;
- atunci când pacientul este îndrumat spre structuri cu reguli de funcţionare mai puţin stricte;
- în primul an de supraveghere, după încheierea tratamentului activ.

Tratamentul modern este de neconceput în absenţa unei *echipe terapeutice* multidisciplinare, formată din medici, psihologi, asistenţi sociali. Echipa terapeutică îşi poate desfăşura activitatea într-o multitudine de structuri, cum ar fi clinici, spitale, centre rezidențiale, centre de zi, cabinete, organizaţii comunitare.

Motivele pentru a indica o anume formă de tratament şi din punctul de vedere al pacientului de a o accepta sunt multiple. Iată câteva exemple :

- capacitatea pacientului de a participa şi de a coopera;
- resursele (fizice, psihologice şi sociale) ce-i pot permite pacientului să obţină beneficii de pe urma tratamentului;
- gradul de susţinere exterioară necesară;
- capacitatea pacientului de a opri consumul şi motivaţia sa pentru a adopta comportamente ce ajută la menţinerea abstinenţei;
- capacitatea de a evita comportamentele de mare risc;
- necesitatea unui anume tip de intervenţie accesibil doar în anumite structuri.

Se pune adesea întrebarea cum ar trebui să fie alcătuit tratamentul "ideal". Din multele opinii existente, putem trage concluzia că următoarele componente trebuie să fie prezente, pentru a putea califica un program de tratament drept "bun". Pacientul ar trebui să fie tratat în structura cea mai puţin restrictivă, cu maximum de libertate posibil, dar şi în siguranţă, cu suficientă flexibilitate pentru a permite circuitul între diferitele niveluri de îngrijire în funcţie de nevoile particulare, totul cu respect faţă de fiinţa umană.

Prevenirea recăderilor este indicată în cazul pacienţilor care au depăşit faza tulburărilor acute, fiziologice şi emoţionale generate de abuzul de substanţă. Scopul acestei faze a tratamentului este de a preveni reîntoarcerea la consumul drogului, de a susţine pacientul în tentativa sa de a-şi dezvolta controlul asupra poftei impulsive şi de a-l ajuta să-şi recâştige starea de sănătate fizică şi de bună funcţionare socială.

Specialiştii explică în variate feluri motivele pierderii controlului asupra abstinenţei obţinută de pacienţii trataţi. S-au sugerat mecanisme cum ar fi predispoziţia genetică, modificările metabolice dobândite, modelele comportamentale învăţate, sentimentul puternic de scăderea stimei de sine, automedicaţia problemelor concomitente somatice sau psihiatrice şi lipsa susţinerii din partea familiei sau societăţii. Pornind de aici s-au dezvoltat variate strategii terapeutice care pot fi folosite pentru a ameliora toate aceste probleme şi a oferi suport continuu pentru schimbările dorite de pacient. Tratamentele includ diverse elemente cum ar fi medicaţia pentru afectiuni psihiatrice sau pentru înlăturarea craving-ului, terapii de grup şi individuale pentru a favoriza schimbările comportamentale, participare, grupuri autosuportive ca de exemplu Narcotici Anonimi, pentru a beneficia de susţinere continuă vizând abstinenţa.

Programele de reabilitare rezidenţiale pot avea durata scurtă de 30-90 zile, dar cel mai adesea se pot întinde până la un an; în ceea ce priveşte programele ambulatorii, ele durează 30-120 zile,

la început cu sesiuni de 5 sau chiar de mai multe ori pe săptămână apoi treptat diminuindu-se durata şi frecvenţa sesiunilor.

Rezultatele obţinute în această fază a tratamentului pot fi apreciate din 3 puncte de vedere semnificative atât pentru scopul pacientului de reabilitare dar şi pentru scopurile sociale de sănătate publică şi siguranţă:

a) eliminarea sau cel puţin reducerea consumului de droguri;

b) o mai bună stare de sănătate fizică şi de funcţionare socială;

c) diminuarea amenintării pentru sănătatea publică şi siguranţa societăţii.

Indiferent de tipul, filozofia, modalitatea concretă sau metodele de reabilitare toate formele de tratament îşi propun următoarele scopuri:

a) menţinerea ameliorării fiziologice şi emoţionale iniţiată în timpul detoxificării şi stabilizării;

b) abstinenţa completă pentru majoritatea programelor sau măcar reducerea marcată a consumului;

c) învăţarea, modelarea şi susţinerea comportamentelor care conduc către sănătate şi funcţionare socială corespunzătoare;

d) învăţarea unor schimbări comportamentale şi ale stilului de viaţă incompatibile cu abuzul de substanţă.

Cercetările efectuate pe termen lung dovedesc rezultatele pozitive ale programelor de tratament. Clienţii care reuşesc să parcurgă întregul tratament obţin mult mai frecvent o slujbă şi sunt mai puţin implicaţi în activităţi criminale. Totuşi abandonarea programelor de tratament şi recăderea par a rămâne o situaţie obişnuită.

Factorii care influenţează calitatea fazei de tratament de prevenire a recăderilor :

A) Factori ce ţin de pacienţi:

- *Severitatea dependenţei*

Toate studiile effectuate au arătat că severitatea modelului individual de folosire a drogului şi cronicitatea sunt în mod clar asociate cu o slabă reţinere în tratament şi cu o recădere mai rapidă după tratament.

- *Severitatea problemelor psihiatrice*

Pacienţii dependenţi prezintă conform studiilor epidemiologice internaţionale tulburări de tip anxios afectiv şi diferite tulburări de personalitate mai ales de tip antisocial.

Pentru cei mai mulţi simptomele psihiatrice se ameliorează la începutul tratamentului şi adesea pe termen mediu şi lung ameliorarea se menţine, totuşi simptomele psihiatrice severe la debutul tratamentului sunt un factor de prognostic prost în ceea ce priveşte renunţarea la tratament şi recăderea.

- *Motivaţia pentru tratament*

Pacienţii care se declară bine motivaţi pentru a se angaja într-un tratament au tendinţa de a rămane în programul de tratament perioade mai lungi faţă de cei obligaţi să înceapă tratamentul.

- *Statutul profesional*

Mulţi dintre consumatori au dificultăţi constante în a obţine şi a-şi menţine statutul de angajat. Cei fără ocupaţie sunt mai expuşi să renunţe în mod prematur la tratament. Deşi în general abilitatea unui program de tratament de a oferi o slujbă este limitată, serviciile sociale au ca scop important creşterea şanselor pacientului de a-şi găsi o slujbă. Reuşita angajării şi a menţinerii sale prezice un rezultat favorabil al tratamentului.

- *Susţinerea din partea familiei şi a societăţii*

Suportul social a fost amplu studiat în domeniul dependenţelor, el este conceptualizat ca disponibilitatea relaţiilor de tip nonconflictual şi care încurajează abstinenţa. Evenimentele stresante de viaţă cum ar fi pierderea slujbei, doliul sau sfârşitul unei relaţii pot avea o pondere mai importantă în determinarea viitorului individului decât tratamentul însuşi. De aici resultă că scopurile tratamentului pot să nu fie atinse deloc dacă resursele mediului social a pacientului sunt limitate.

Tratamentul eficient urmăreşte să asiste pacientul în a fi inclus în societate, a-şi îmbunătăţi relaţiile familiare ca şi resursele personale.

B) Factorii ce ţin de tratament:

- *Locul tratamentului*

Multe studii au investigat diferenţele de eficienţă pentru pacientul internat şi cel din centrele de zi. Majoritatea studiilor nu evidenţiază deosebiri semnificative privind rezultatele la 1,7 şi 12 luni. Pentru cele mai multe sisteme de tratament probabil că pacienţii care au suficiente resurse personale şi sociale şi care nu prezintă tulburări medicale ar trebui trataţi în centre de zi. Pentru tratamente rezidenţiale pare logic să aibă prioritate cei cu probleme somatice acute sau cronice, cu factori de stres social numeroşi, care pot interfera cu programul de tratament.

- *Durata tratamentului*

Literatura susţine că pacienţii care îşi termină tratamentul vor avea rezultate mai bune decât cei care îl părăsesc prematur. Beneficiile terapiei cresc în timp şi menţinerea în program este un factor de predicţie al succesului. Ştiut fiind că dependenţii au probleme multiple şi cronice este de aşteptat că rămânerea îndelungată în program să ducă la îmbunătăţirea stilului de viaţă.

- *Farmacoterapia folosită*

Naltrexona, un antagonist opioid poate fi folosită ca parte integrantă a programului de prevenirea recăderilor. O doză unică de naltrexonă se leagă de receptori opioizi cerebrali şi blochează efectele oricărui opioid luat în următoarele 24 ore. Nu produce euforie nici toleranţă sau dependenţă. Pacienţii au în general nevoie de 10 zile de abstinenţă înaintea iniţierii tratamentului. Eficienţa naltrexonei se bazează în mod evident pe complianţa pacientului la tratament şi pe motivaţia sa de a lua medicament zilnic. În cele mai multe studii s-a evidenţiat faptul că această complianţă este punctul slab al tratamentului. Studiile prezente nu permit afirmarea cu certitudine a beneficiilor tratamentului cu Naltrexonă, ci indicaţia sa pentru cei bine motivaţi şi folosită împreună cu variatele forme de terapii psihosociale.

- *Tehnicile de psihoterapie*

Accesul la psihoterapie aduce o importantă contribuţie la angajarea şi participarea pacientului într-un program de tratament şi la rezultatele obţinute. Impactul pozitiv al terapiilor individuale şi de grup şi participare la întâlnirile de tip 12 paşi sunt asociate cu scăderea riscului de recădere pe respectiva perioadă de 6 luni. Consilierea pacientului în cadrul programului drog-zero a fost

evaluată în numeroase studii internaţionale. Rezultatele arată importanţa consilierii în cadrul programului drog-zero în reducerea ratei recăderilor, scăderea criminalităţii, îmbunătăţirea stării de sănătate.

Tratamentul dependenţelor porneşte de la prezumţia că pacienţii nu au toţi acelaşi nivel de motivaţie pentru a-şi schimba comportamentul. Unii consumatori nu cred că drogul ar fi o problemă pentru ei; alţii nu sunt siguri în ce măsura drogul este o problemă, iar alţii sunt convinşi că îşi doresc o schimbare dar nu ştiu ce să facă. Orice abordare care nu ia în considerare stadiul motivaţional al persoanei dependente pare să ducă la rezistenţă şi la un rezultat mediocru. În cadrul acestei abordări, motivaţia poate fi înţeleasă ca starea prezentă a unei persoane sau etapa de pregătire pentru schimbare.

Motivaţia nu trebuie înţeleasă ca problemă de personalitate sau ca o trăsătură pe care o persoană începe să o arate când iese de la consultaţia terapeutică. Motivaţia este o stare de disponibilitate sau dorinţa de schimbare, care poate varia de la un moment la altul şi de la o situaţie la alta. Această stare poate fi influenţată de mulţi factori.

Un instrument excelent pentru evaluarea motivaţiei şi individualizarea intervenţiilor terapeutice la probleme specifice unei persoane este modelul „Stadiile schimbării" pus la punct de Prochaska şi Di Clemente în 1992. Aceşti cercetători au încercat să înţeleagă cum şi pentru ce se schimbă persoanele, fie singure, fie cu ajutor terapeutic.

Ei au descris o serie de etape, stadii pe care le parcurge o persoană în procesul de schimbare a unui comportament ţintă. Acestea sunt: precontemplare, contemplare, prepararea, acţiunea, menţinerea, recăderea. Se pare că aceste etape sunt variabile atât pentru schimbarea pe care cineva o realizează singur cât şi pentru schimbarea realizată cu ajutorul terapeutului.

Cei aflaţi în stadiul de **precontemplare** nu realizează că au o problemă şi în mod tipic sunt complet nemotivaţi să se schimbe sau să caute tratament. Precontemplarea este stadiul în care nu există intenţia schimbării comportamentale în viitorul apropiat. Multe persoane în acest stadiu nu conştientizează problema lor. "Nu pot vedea soluţia. Nu pot vedea problema". Familia, prietenii, vecinii conştientizează că cei aflaţi în stadiul de precontemplare au probleme. Ei se prezintă la psihoterapeut de obicei datorită presiunii celor din jurul lor.

În stadiul de **contemplare** ei pot evoca posibilitatea existenţei unei probleme şi în mod tipic sunt ambivalenţi în ceea ce priveşte necesitatea schimbării. Se tem că încercarea schimbării şi un eventual eşec ar putea genera o rană narcisică importantă.

În cel de al treilea stadiu de **preparare** persoanele au decis deja că au o problemă şi că acţiunea se impune în viitorul apropiat. Această fază este descrisă ca o scurtă fereastră către şansă: este deschisă pentru un timp, dar dacă accesul nu este posibil către ceea ce este necesar pentru a se ameliora se închide şi procesul de schimbare se întrerupe.

În stadiul de **acţiune** persoanele aleg o strategie pentru schimbare şi se comportă ca atare.

În final stadiul de **menţinere** este o fază dificilă pentru toţi pacienţii şi pentru a-i ajuta să-l parcurgă tratamentul va trebui să fie strict individualizat. Aşa cum spunea Mark Twain despre ţigări: "Nimic mai uşor decât să te laşi, eu am făcut-o de o mie de ori".

Tratamentul în această perioadă va trebui centrat pe ajutorul dat pacientului de a rămâne abstinent. Evaluarea bio–psiho-socială va trebui repetată frecvent, pacientul trebuind să conştientizeze propria situaţie la începutul tratamentului, în momentul prezent şi de ce situaţia s-a îmbunătăţit. Reacţiile pacientului la acest tip de discuţie sunt de maximă importanţă şi ne ajută să determinăm nevoile lor unice în această fază a tratamentului. Consilierea trebuie să fie

ajustată în funcţie de aceste nevoi în aşa fel încât evaluările următoare să arate un progres continuu şi aderenţa la tratament.

Desigur **recăderea** este ceea ce se întâmplă atunci când planul pus la punct pentru menţinere eşuează şi pacientul se întoarce în stadii de consum ale drogului premergătoare tratamentului. Recăderea nu trebuie văzuta ca un eşec al tratamentului ca un întreg, ci doar a unui plan specific. Din acest eveniment se poate învăţa şi se pot pune bazele unui plan mai bun şi o întoarcere rapidă în stadiul de menţinere. Se consideră că parcurgerea repetată a ciclului se face în formă de spirală fiecare recădere constituindu-se într-o experienţă ce va fi utilă ulterior. Cercetătorii americani apreciază că pentru tinerii consumatori de heroină apare şansa maximă de menţinere a abstinenţei după 8 astfel de parcurgeri ale ciclului. Modelul propus consideră recăderea o întâmplare normală sau o fază suplimentară. Atunci când avem prilejul, le spunem pacienţilor noştri: "fiecare consum punctual sau recădere vă apropie cu un pas de recuperare". Aceasta nu înseamnă, bineînţeles, că stimulăm persoanele spre recădere, ci că le oferim o perspectivă realistă pentru a evita demotivarea, demoralizarea sau prăbuşirea atunci când se produce o recădere.

După întreruperea consumului de droguri apare o provocare încă mai complexă. Schimbarea temporară a unui comportament nedorit este relativ uşoară pentru mulţi, dar menţinerea acestei schimbări este mult mai dificilă.

Adevăratul test al schimbării pentru dependent este schimbarea pe termen lung, susţinută de-a lungul câtorva luni. În acest stadiu de menţinere noul comportament se impune tot mai ferm şi ameninţarea întoarcerii la vechile modele devine din ce în ce mai puţin frecventă şi din ce în ce mai puţin intensă. Să ajutăm clienţii să-şi crească sentimentul propriei eficienţe este poate cea mai importantă sarcină în acest stadiu (Di Clemente, 1991). Menţinerea nu este absenţa schimbării, ci dimpotrivă continuarea schimbării (Prochaska şi Di Clemente).

Mulţi dintre cei care întrerup consumul de droguri au o alunecare sau o recădere cel mai adesea în primele 90 zile de la iniţierea abstinenţei. Alunecarea reprezintă orice violare a unor reguli auto-impuse pentru a menţine un comportament de abstinenţă sau de reducere a paternului adictiv. Alunecarea este definită ca fiind priza iniţială de drog după ce individul şi-a propus să se abţină de la acea substanţă. De asemenea alunecarea poate fi o modalitate de a descoperi unele puncte vulnerabile ale clientului asupra cărora este necesar a se lucra pentru a se evita recăderile ulterioare. Prevenirea transformării unei alunecări într-o recădere este un obiectiv major al programului de prevenţie a recăderilor.

Pe de altă parte recăderea este o totală întoarcere la comportamentul iniţial asociat cu folosirea substanţei. În terapia cognitivă a abuzului de substanţe scopul major este ca pacienţii să înveţe din orice eşec pe care îl au privind abstinenţa pe termen lung. Se poate spera că lecţiile învăţate din asemenea experienţe negative vor duce în cele din urmă la îmbunătăţirea abilităţilor de planificare şi rezolvare şi la încredere în sine.

Prevenirea recăderilor – training

În cele mai multe domenii ale vieţii greşelile sunt privite ca importante procese de învăţare. Majoritatea celor care învaţă să-şi controleze comportamentul de consum reuşesc să o facă singuri după un număr mare de încercări nereuşite. Principala trăsătură a prevenirii recăderilor este reprezentată de un proces activ de învăţare din greşeli a clienţilor. Terapeutul facilitează procesul de învăţare. Procesul de prevenire a recăderilor este comparat cu o călătorie în care clientul, ca şofer, s-a decis asupra ultimei destinaţii. Terapeutul acţionează ca un navigator care-l însoţeşte. O călătorie plină de succes înseamnă trecerea prin mai multe faze care-l pregătesc

pentru aceasta: începutul călătoriei, strategii de a face faţă alunecărilor, strategii de a face faţă stresului zilnic, modalităţi de a-şi urmări scopurile în viaţă şi menţinerea vigilenţei.

Continuând metafora călătoriei este nepotrivit să introduci în programul de prevenirea recăderilor un client care nu-şi doreşte această călătorie (acest client este în stadiul de precontemplare aşa cum spune Prochaska Di Clemente) sau dacă clientul este nehotărât, ambivalent (acest client este în stadiul de contemplare, după Prochaska Di Clemente, 1982). Strategiile de a ajuta clienţii care se află în aceste stadii timpurii au fost descrise de către Bilsen van Emst şi Scott în 1989. Programul de prevenirea recăderilor se adresează celor care fac paşi activi în modificarea comportamentului de consum şi poate cuprinde aproape orice scop al clientului, fie abstinenţa, fie consumul controlat sau schimbarea consumului de la administrare intravenoasă la administrarea sub formă de prizat sau fumat.

Durata programului de prevenirea recăderilor va fi diferit de la un client la altul depinzând de numărul şi severitatea obstacolelor. Unii clienţi de exemplu necesită ajutor pentru probleme cum ar fi depresia sau afirmarea comportamentului de consum. Alţii necesită mai puţin ajutor. În general 7 şedinţe (săptămânale) de consiliere individuală de 55 minute sunt considerate suficiente pentru învăţarea abilităţilor de a face faţă recăderilor.

Poate fi necesară o perioadă mai lungă de consiliere în funcţie de situaţiile emoţionale sau interpersonale care pot acţiona ca factori declanşatori. Şedinţele sunt apoi spaţiate la intervale de o lună timp de 6 luni pentru consolidarea procesului de învăţare. În timpul următoarelor faze terapeutul ar trebui în mod ideal să fie capabil să ofere clientului o plasă de siguranţă: "dacă ai probleme în perioada dintre şedinţele lunare poţi telefona, şi putem aranja o întâlnire". La sfârşitul acestor şedinţe este recomandabil când este posibil să se păstreze o relaţie între client şi terapeut acesta acţionând ca un cvasi terapeut în oferirea de suport şi sfaturi. Acest tip de relaţie este de asemenea utilă pentru stabilirea unei bune relaţii în cadrul familiei consumatorului.

Pregătirea pentru călătorie

Clarificarea destinaţiei este primul pas pentru prevenirea recăderii, întrebarea cheie fiind care este scopul pe care clientul doreşte să-l atingă.

Terapeutul se pune de acord cu scopul pe care clientul vrea să-l urmărească încercând să verifice cu clientul realismul acestui scop. Este important ca scopurile alese de client să aibă importanţă personală şi să nu fie stabilite de cineva din exterior.

Într-o perioadă conflictuală familiară şi legală consumatorul poate simţi: "mai bine renunţ, este prea multă tensiune". Deciziile luate într-un asemenea context sunt foarte instabile. Terapeutul ar trebui să adopte rolul de "avocatul diavolului" şi să întrebe clientul dacă va mai rămâne cu ceva valoros în urma schimbării comportamentului de consum. Clientul va fi încurajat să elaboreze pe baza anticipărilor beneficiilor schimbării comportamentului de consum. În acest fel aşteptările pozitive sunt educate. Succesele oricărui client în modificarea comportamentului de consum ar trebui să-i încurajeze încrederea în capacitatea sa de a face o călătorie. Aceasta trebuie să se facă cu grijă, clientul nu trebuie lăudat în mod excesiv astfel încât recunoaşterea alunecărilor să nu fie evitată de către acesta datorită fricii de rejecţie a terapeutului. Înainte de îmbarcarea în călătorie este important să ştim pe ce teritoriu va fi aceasta. De asemenea trebuie să ştim:

a) situaţiile de risc ce pot duce la recădere;

b) atitudinile care pot împiedica încercarea de modificare a comportamentului adictiv. Se poate folosi testul DRAQ (Scott Drug Related Attitude Questionnaire). Acesta conţine 18 itemi fiecare cu 7 puncte de la total acord la total dezacord

1. Nu pot fi fericit decât dacă persoanele din jur mă admiră.
2. Dacă o persoană cere ajutor, este un semn de slăbiciune.
3. Dacă consum droguri (alunecare) este inutil să mai încerc să-mi păstrez autocontrolul după aceasta.
4. Dacă nu mă comport la fel de bine ca ceilalţi înseamnă că sunt o persoană inferioară.
5. Dacă nu pot face un lucru bine este foarte puţin probabil să pot face ceva bine.
6. Dacă mi se întâmpă să am un eşec parţial, este ca şi cum aş avea un eşec complet.
7. Trebuie să fac doar ceea ce simt.
8. Dacă doresc să fiu o persoană demnă de laudă trebuie să fiu cu adevărat remarcabil.
9. Sunt prea slab pentru a reuşi să-mi păstrez autocontrolul.
10. Pentru a fi o persoană morală, bună, demnă de laudă trebuie să ajut pe oricine are nevoie.
11. Nu pot merge mai departe când sunt deprimat.
12. Consum droguri pentru că nimănui nu-i pasă de mine.
13. Nu am încredere în oameni deoarece mă pot face să sufăr.
14. Să te izolezi de ceilalţi înseamnă să faci faţă nefericirii.
15. Cel mai bine fac faţă problemelor de viaţă evitându-le cât mai mult posibil.
16. Nu mai am ce să mai aştept de la viaţă (nici o perspectivă de viitor).
17. Cei din jurul meu mă determină să consum droguri.
18. Trebuie să am acum de la viaţă tot ceea ce mă bucură.

Scopul programului de prevenirea recăderilor este învăţarea clienţilor de noi abilităţi de a face faţă unor situaţii de risc crescut. Învăţarea acestora este argumentată, facilitată şi menţinută prin schimbările în atitudinile disfuncţionale legate de consum.

Începutul călătoriei

Începutul modificării comportamentului adictiv este însoţit inevitabil de simptomatologie de sevraj. Starea de disconfort determinată de sevraj este suportabilă dacă clientul este ajutat să conştientizeze această perioadă ca fiind limitată în timp. Terapeutul poate întreba clientul despre cum a anticipat durata perioadei de sevraj, cât de lungă crede că va fi perioada de sevraj: zile, săptămâni, luni, ani, până la adânci bătrâneţi. Întrebând clientul ce crede despre simptomele lui de sevraj în comparaţie cu simptomele altor persoane dependente, cunoscute, îi creează acestuia posibilitatea de a-şi încadra starea de disconfort pe o scală. Terapeutul va rezuma discuţia cu clientul astfel: "în momentul acesta te simţi mai bine decât X dar mai rău decât Y sau Z, poate poţi monitoriza schimbarea simptomelor, poate săptămâna viitoare te vei simţi mai bine decât Y sau Z. Monitorizând starea de disconfort se poate realiza mai uşor depăşirea acesteia. Discuţiile despre modalitatea de a face faţă simptomelor de sevraj vor fi

incluse într-un set de procese de autoînvăţare pe care clientul să le exerseze acasă şi care să reprezinte un antidot în cazul toleranţei scăzute şi frustrării.

Primul pas include specificarea intoleranţei la frustrare, de exemplu: "Voi merge din nou acolo, spunându-mi că nu pot suporta să nu consum droguri, spunându-mi cât de multă nevoie am să consum".

Al doilea pas este reprezentat de combaterea ideii, de exemplu: "chiar am nevoie să consum? Aşa cum am nevoie de mâncare?. Poate că am nevoie, dar trebuie oare întotdeauna să am ceea ce îmi doresc?".

Al treilea pas este reprezentat de schimbarea direcţiei: "Poate mă voi gândi câteva minute înainte": mai întâi voi asculta muzica mea favorită, voi telefona unui prieten, voi merge la o plimbare.

Acest set de procese de autoînvăţare poate fi revăzut în cadrul şedinţei viitoare. Problema comună a clienţilor este reprezentată de aplicarea tardivă a acestuia.

Cu cât procesele de autoînvăţare sunt aplicate mai devreme cu atât efectele sunt semnificative în conştientizarea şi utilizarea abilităţilor de coping.

Strategii de a face faţă alunecărilor

Paradoxal, cu cât programul de prevenirea recăderilor este un succes pentru client cu atât este mai traumatizantă o posibilă recădere. Clientul va fi profund ataşat de o imagine de sine – imaginea unei persoane neconsumatoare. O alunecare poate reprezenta o ameninţare pentru propria sa identitate. Pericolul este că alunecarea anunţă faptul că sentimentul de vinovăţie al clientului va fi diminuat prin consumul de droguri. Acest fenomen reprezintă efectul de violare al abstinenţei – Marlatt şi Gordon, 1985. Efectul de violare al abstinenţei apare atunci când clientul atribuie alunecarea sie însuşi, din cauza unei permanente deficienţe de voinţă. Sarcina terapeutului este aceea de a învăţa clientul să vadă alunecarea ca un fenomen apărut datorită factorilor externi carora nu a învăţat încă să le facă faţă. Terapeutul transmite clientului: "nu se poate spune că această sarcină a fost imposibil de realizat de tine cu atât mai mult cu cât nu am dezvoltat încă adevăratele instrumente pentru a face faţă. "Nu poţi săpa o grădină cu o lingură oricât te-ai strădui de mult". Putem compara sentimentul de vinovăţie cu anxietatea, astfel:

Puţină anxietate este folositoare, te determină să fii precaut când traversezi strada. Prea multă anxietate te face să crezi că ai fi putut foarte bine cauza ceea ce îţi doreai să eviţi – un accident.

În mod asemănător un mic sentiment de vinovăţie este folositor dar prea multă vinovăţie nu este folositoare nici pentru tine personal nici pentru ceilalţi. Ideea principală este de a păstra sentimentul de vinovăţie sub control.

Fiecare alunecare este o ocazie de a reconstrui un set de procese de autoînvăţare aşa cum au fost descrise mai devreme.

Analizele situaţiilor în care clientul a prezentat alunecări indică atitudini disfuncţionale (DRAQ) care au fost menţionate mai sus. Acestea pot fi schimbate în moduri variate:

1. ***Valabilitatea*** – de exemplu „mi-ai spus că nu mai ai ce să mai aştepţi de la viaţă dar în urmă cu câteva săptămâni ai precizat că ai fost la un meci de fotbal care ţi-a făcut plăcere".

2. ***Consistenţa*** – Nu-l vezi pe X ca fiind lipsit de valoare – poate că acum este în perioada de reabilitare, dar a fost dependent o lungă perioadă de timp. Ce te face să te consideri mai lipsit de valoare ca el?
3. ***Utilitatea*** – Cât de folositor este să te gândeşti că dacă nu poţi face ceva bine înseamnă că nu vei face niciodată nimic?
4. ***Autoritatea*** – de ce crezi că părerile prietenilor tăi despre tine sunt mai importante decât ceea ce crezi tu?
5. ***Scopul*** – Consideri că te afli chiar atât de departe de realizarea scopului pe care ţi-l doreşti?

Strategii de a face faţă stresului zilnic

Abilitatea clientului de a face faţă stresului zilnic reprezintă un factor important în cazul apariţiei recăderii. În mod evident este importantă şi abilitatea în a gestiona evenimentele majore ale vieţii, doar ca acestea din urmă survin mult mai puţin frecvent decât micile probleme de toate zilele. Stresul zilnic acumulat poate produce pronunţate efecte în viaţa clientului. Training-ul de rezolvare a problemelor este ideal pentru a învăţa clienţii să facă faţă stresului zilnic: se începe mai întâi cu o definiţie a problemei cât mai precisă. La evaluare se completează un chestionar social pentru evidenţierea anumitor situaţii problemă.

- Primul pas în rezolvarea problemelor este reprezentat de verificarea de către terapeut a naturii specifice a acestor probleme.
- Al doilea pas este reprezentat de propunerea unui număr cât mai mare de soluţii alternative posibile fără a cântări meritul real al fiecăreia.
- Al treilea pas se orientează spre posibilele consecinţe ale acestor situaţii.
- Al patrulea pas se orientează spre găsirea celor mai bune soluţii în funcţie de potenţialele consecinţe.
- Al cincilea pas este testarea concretă sau practică a utilităţii soluţiei alese şi în virtutea experienţei câştigate de a opta pentru o altă soluţie dacă prima se dovedeşte nesatisfăcătoare. Clientului îi este atribuit rolul unui om de ştiinţă, mai precis al unui manager al propriilor sale experienţe folosind în continuare ceea ce este funcţional, abandonând restul, căutând şi încercând noi alternative.

Abordarea prin rezolvare de probleme se potriveşte bine programului de prevenire a recăderii care poate fi aplicat pentru determinarea situaţiilor generatoare de stres ce pot acţiona ca factori declanşatori. Astfel modul de rezolvare a stresului zilnic are importanţă atât în ceea ce privesc factorii impersonali: ocupaţie, activităţi zilnice, probleme financiare, dar şi în ce privesc conflictele interpersonale.

Rezolvarea problemelor interpersonale prezintă o serie de trăsături caracteristice. Acestea includ procesul de învăţare al clientului de a încerca să înţeleagă stările conflictuale din punctul de vedere al persoanelor din jur, a se pune pe sine însăşi în pielea altora. Aceasta poate determina clientul să poată face afirmaţii pozitive înaintea unor afirmaţii critice. De exemplu, clientul B este supărat pe părinţii lui deoarece îl verifică tot timpul unde se află. "Ştiu că sunteţi preocupaţi de problema mea de consum şi de aceea mă urmăriţi continuu dar vă rog să nu mai telefonaţi la prieteni pentru a mă verifica". În acest exemplu clientul spunând ceva pozitiv pentru început netezeşte calea părinţilor să-i accepte criticile iar apoi îşi exprimă punctul de

vedere în mod clar şi precis. Cu cât este mai clară şi mai specifică cererea cu atât îi este mai uşor interlocutorului de a-şi exprima acordul sau dezacordul aceasta permiţând ca procesul de rezolvare de probleme să progresez într-un stadiu superior. Cu cât cererea este mai stufoasă, mai neclară procesul de rezolvare a problemelor se blochează.

O piedică în calea rezolvării de probleme interpersonale este tendinţa părţilor de a „ghici gândurile". În cazul de mai sus clientul s-a folosit de presupunerea că părinţii nu doresc cu adevărat ca el să se maturizeze motiv pentru care nu îl lasă să iasă din casă. El a ajuns la concluzia că opoziţia familiei faţă de prietenii pe care i-a făcut în trecut înseamnă că ei doresc să-l menţină în starea de „copilaşul mamei". Aplicarea rezolvării de probleme interpersonale eficiente îl îndeamnă să verifice cu interlocutorii dacă această atitudine este reală. O tehnică utilă este de a învăţa clientul să rezume ceea ce el crede că celălalt a spus, într-un mod liniştit, neamenințător şi doar ulterior să formuleze o replică. În cazul în care clientul simte furie este util să-şi imagineze un semafor. Culoarea roşie indică stop. Atunci când se schimbă în galben mesajul transmis este „linişteşte-te, gândeşte-te la alternative". În timpul acestei pauze este posibil de selectat o posibilitate. Când lumina devine verde el se imaginează deplasându-se încet în direcţia soluţiei alese. În timpul unui dialog apar multe soluţii dar acestea implică reciprocitate şi compromis. În cazul nostru el poate admite să fie înapoi acasă cel târziu la 11 cu condiţia ca părinţii să nu telefoneze prietenilor. Poate acestea nu înseamnă ca rezultatul fiecărei încercări de rezolvare de probleme trebuie să fie compromisul ci doar preocuparea pentru o echilibrare a nevoilor fiecăruia.

Training-ul de refuz

Uneori cei din jur ne presează să acceptăm un pahar de alcool sau o doză de drog. Devin necesare răspunsuri asertive specifice în legătură cu aceste substanţe. Foy a dezvoltat o tehnică numită „training-ul de refuz" pentru aceste cazuri. Componentele răspunsului NU sunt:

- contactul direct al privirii;
- tonul vocii serios şi expresiv;
- încercarea de a schimba subiectul conversației;
- oferirea de alternative;
- adresarea cererii de a nu se mai insista;

Refuzul ar trebui exersat în cadrul şedinţelor de terapie prin jocuri de rol şi repetat în temele pentru acasă.

Modalităţi de a-ţi urmări scopurile majore

Unul dintre scopurile programului de prevenirea recăderilor este modificarea comportamentului de consum. Aceasta nu este posibil decât într-un context larg în care şi alte obiective sunt posibil de realizat. Dacă scopurile majore ale vieţii dispar din atenţia clientului de-a lungul unui program acesta va eşua. Un element important al programului de prevenirea recăderilor este specificarea acelor obiective majore de viaţă ce vor fi urmărite şi detalierea paşilor către atingerea lor. Dacă obiectivele sunt numeroase clientul va avea un sentiment de împlinire chiar dacă drumul către un ţel anume se blochează.

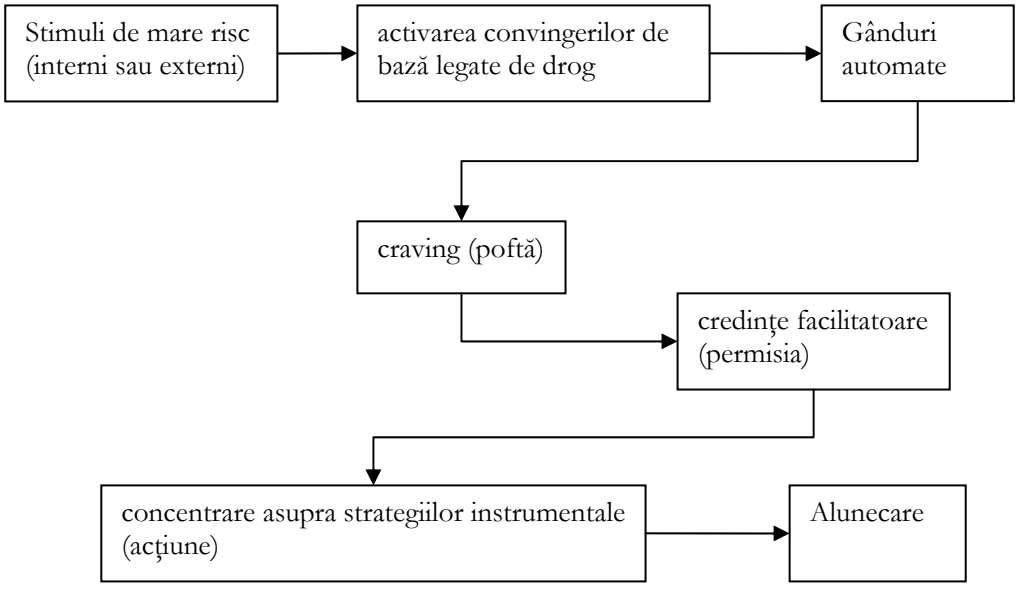
Terapeutul îl poate ajuta să aprecieze cât de aproape este de realizarea scopurilor şi să găsească noi şi noi mijloace în urmărirea unor ţeluri. Scopurile majore urmate pot fi de 2 tipuri orientate către bunăstare sau relaţionale depinzând de personalitatea fiecărui client sau poate ambele.

Punctul de plecare în a discuta posibilele scopuri îl reprezintă ambiţiile care existau înainte de debutul consumului. Unii clienţii par să nu fi avut niciodată vreo ambiţie. Aceasta poate fi o declaraţie goală de conţinut, să nu se fi gândit niciodată la posibilităţi sau ambiţiile să fi fost reprimate de teama eşecului. În acest din urmă caz interpretarea eşecurilor trecute trebuie schimbată folosind tehnici cognitive. Programele pentru abilităţi sociale standard pot fi utile clienţilor cu asemenea abilităţi deficitare pentru obiectivele de viaţă relaţionale.

Menţinerea vigilenţei

Cel ce a parcurs cu succes un program de prevenirea recăderilor nu se poate considera „vindecat". Ca şi cel care tocmai a obţinut permisul de conducere el va fi în siguranţă doar dacă va continua să exerseze abilităţile învăţate deoarece cu trecerea timpului detalii din cursul lecţiilor sunt uitate. Pentru a consolida învăţarea ce a avut loc sunt recomandabile sesiuni lunare. Valoarea lor este dată de faptul că clientul a avut timp să exerseze stilul de viaţă fără consum şi va cunoaşte mai bine propriile puncte vulnerabile.

Multiple tehnici de terapie cognitiveă sunt folosite în prevenirea recăderilor. Unele dintre ele sunt o extindere a metodelor iniţial folosite pentru întreruperea drogului (dezvoltarea unei relaţii de colaborare, conceptualizarea problemelor, sesiunile structurate, analiza avantaje – dezavantaje, temele pentru acasă). Alte tehnici, ca de exemplu identificarea stimulilor de mare risc sunt concepute special pentru pacienţii aflaţi în procesul de prevenirea recăderii. Cadrul în care aceste tehnice pot fi înţelese şi aplicate este reprezentat de modelul cognitiv al utilizării drogurilor şi recăderilor.



Persoana dependentă este vulnerabilă la stimuli de mare risc (declanşatori, triggers) care stimulează apetitul pentru drog. Stimulii interni includ factori fizici şi emoţionali cum ar fi depresia, singurătatea, plictiseala, furia, frustrarea, durerea fizică. Stimulii externi includ oameni, locuri şi lucruri, legate într-un fel oarecare cu consumul de drog. Stimulii de risc sunt extrem de

variabili de la persoană la persoană, de exemplu: a avea bani poate mpinge pe cineva la consum în timp ce altul poate fi mai tentat de drog când este supărat ca nu are bani. Diferenţa este ascunsă în sensul personal ataşat stimulului.

Importanţa stimulilor de risc constă în activarea credinţelor despre drog preînvăţate: ca de exemplu: "fără drog viaţa este plictisitoare" sau „dacă am grijă drogul nu îmi face rău". De aici sunt stimulate gânduri automate de tipul: "am nevoie de o doză" sau „a sosit momentul să mă simt bine". Gândurile automate se asociază cu pofta, care la rândul ei, ca şi alte sentimente va deveni factor de risc intern. Ca răspuns la poftă pot apare credinţele facilitatoare care îi vor da „permisiunea" de a consuma, ca de exemplu "mă pot droga doar o dată că nimeni nu va şti". Credinţele facilitatoare cresc probabilitatea ca dependentul să caute şi să folosească drogul.

Strategiile instrumentale reprezintă comportamentul concret şi activităţile implicate în căutarea, obţinerea şi folosirea drogului. Şi aceste strategii variază de la o persoană la alta şi de la un moment la altul. Unii devin obsedaţi de căutarea drogului fără să ţină cont de nici o altă consideraţie. Pentru unii nimic nu mai poate sta în calea procurării substanţei şi este foarte posibil să se angajeze în comportamente violente sau criminale.

Dacă pacientul a parcurs paşii de mai sus, foarte probabil că va avea o alunecare, care la rândul ei va deveni un factor de mare risc pentru ciclul ce urmează să reînceapă.

Recăderea ridică importante probleme nu numai pacientului dar şi terapeutului, declanşând acestuia din urmă gânduri contraproductive cum ar fi „starea acestui pacient este fără speranţă, nu fac decât să-mi pierd timpul". În acest timp gândurile pacientului pot fi „am eşuat şi aşa voi păţi mereu, nu pot recunoaşte faţă de terapeut ce s-a întâmplat", „terapeutul meu în mod sigur mă va abandona sau mă va urî". Dezavantajul acestui tip de gândire totul sau nimic este că poate induce un sentiment de neputinţă , disperare sau apatie atât pacientului cât şi terapeutului.

În mod ideal terapeutul trebuie să-şi ajute pacientul ca pornind de la alunecări şi recăderi să descopere modalităţi mai adaptate de a combate consumul de droguri.

Atunci când pacientul a reuşit să rămână abstinent o lungă perioadă de timp şi când terapeutul are încredere în abilitatea lui de menţinere a abstinenţei, terapia formală poate lua sfârşit.

În acest moment pot fi prevăzute şedinţe ocazionale ce pot include apeluri telefonice, corespondenţă, întâlniri faţă în faţă. Interesul continuu al terapeutului oferă suport care motivează continuarea abstinenţei. Scopul prevenirii recăderilor este de a diminua treptat controlul extern exercitat de familie şi terapeut în timpul iniţierii abstinenţei şi de a facilita dezvoltarea unui loc de control extern pentru pacient. Deşi este categoric preferabil pentru pacienţi să înveţe din recăderi decât să rămână adânciţi în ele, trebuie să fim atenţi să nu transmitem mesajul greşit că încurajăm recăderea ca o experienţă de maturizare. Terapeutul trebuie să exprime clar că cea mai buna învăţare survine din suportarea situaţiei de drog-zero combinată cu cerinţele vieţii de zi cu zi.

Prevenirea recăderilor având la bază terapia cognitiv comportamentală, ca metodă de tratament a fost utilizată pentru dependenţii de alcool şi adaptată mai târziu pentru dependenţa de droguri. Strategiile cognitiv comportamentale au la bază teoria procesului învăţării care joacă un rol deosebit de important în dezvoltarea unui model de comportament maladaptiv. Prevenirea recăderilor cuprinde câteva strategii cognitiv comportamentale de menţinere a abstinenţei dar şi de ajutor pentru cei care experimentează recăderea.

Modul de abordare al prevenirii recăderilor în tratamentul dependenţei de droguri include strategiile de creştere a autocontrolului. Tehnicile specifice includ explorarea consecinţelor pozitive şi negative ale consumului, automonitorizarea timpurie a craving-ului, identificarea situaţiilor de risc crescut ale consumului, dezvoltarea strategiilor de coping şi de evitare a situaţiilor de risc crescut şi a dorinţei de a consuma. Un element central al tratamentului este anticiparea problemelor pacientului şi sprijinul acordat acestora în dezvoltarea strategiilor de coping.

Cercetările demonstrează că abilităţile dezvoltate prin terapia cognitiv comportamentală în cadrul prevenirii recăderilor se menţin şi după terminarea tratamentului.

Teoria cognitiv comportamentală

Teoriile comportamentale se concentrau aproape exclusiv asupra comportamentelor observabile şi se credea că înţelegerea antecedentelor şi a contextului de reintărire era suficient pentru a explica un comportament şi pentru a-l modifica. În timp, aceste teorii comportamentale au inclus factori cognitivi în conceptualizarea tulburărilor datorate consumului de substanţă. Modelele recente acorda un rol important interacţiunii dintre diferite variabile individuale cum ar fi: gândurile, percepţiile, aşteptările, valorile şi procesele de atribuire în medierea dezvoltării şi continuarea consumului de substanţă. Acest model mediat a fost descris ca un proces de învăţare cognitiv social sau teorie cognitiv comportamentală. Această teorie postulează că factorii cognitivi mediază interacţiunea dintre cererile individuale şi aşteptările de a face faţă efectiv unei situaţii. Teoria cognitiv comportamentală reprezintă integrarea principiilor care derivă din ambele teorii cognitivă şi comportamentală şi oferă o bază pentru un mod de abordare comprehensiv al tratamentului tulburărilor datorate consumului de substanţă. Cogniţiile importante în terapie includ atribuirile, evaluările, aşteptările, autoeficienţa şi aşteptările legate de efectele consumului de substanţă.

Elemente comune ale terapiei cognitiv comportamentale:

- Terapeutul se concentrează pe problemele curente.
- Stabileşte scopuri precise care pot fi atinse.
- Doreşte să obţină rezultate rapide pentru problemele cele mai presante.
- Se bazează pe o varietate de tehnici de bază pentru a creşte abilitatea de a face faţă diferitelor probleme.

Atribuirea

Reprezintă explicaţia pe care un individ o da apariţiei unui eveniment. Abramson şi colegii săi postulează că indivizii îşi dezvoltă stiluri de atribuire (modalităţi individuale de explicare a evenimentelor din vieţile lor care pot juca un rol în apariţia problemelor emoţionale şi comportamentale disfuncţionale).

Se descriu trei dimensiuni de bază ale stilului de atribuire:

- intern/extern, după cum evenimentele şi cauzele lor sunt atribuite individului sau celor din jur;
- stabil/instabil, în măsura în care cauza va afecta viitorul sau se va opri;
- global/specific, în funcţie de afectarea de către cauza unei circumstanţe negative a vieţii întregi sau doar a unei mici părţi.

Stilul de atribuire joacă un rol major în terapia cognitiv comportamentală. Natura stilului de atribuire a consumatorului de droguri are mare importanţă asupra modului de a-şi percepe problema consumului de substanţă şi a modului de abordare a recuperării.

Un dependent de heroină poate considera că se injectează deoarece se simte slab – *atribuire internă* sau pentru că a fost încurajat de prieteni să consume – *atribuire externă.* Poate crede că eşecul în menţinerea abstinenţei arată că este o persoană slabă care nu poate reuşi nimic – *atribuire globală* sau că un episod de consum de drog nu reprezintă o slăbiciune generală dar s-a datorat unei circumstanţe de moment – *atribuire specifică.* El poate crede că alunecarea este ceva ce nu se poate schimba – *atribuire stabilă* sau că data viitoare va prezenta abilităţi de a se controla – *atribuire instabilă.* Atribuirea internă, globală, stabilă pentru consumul de substanţă sunt legate de sentimente de disperare şi de recădere; atribuirea externă, specifică, instabilă va duce la eforturi mai mari de a face faţă situaţiilor de risc din viitor.

Marlatt şi Gordon au descris un proces de atribuire negativ care se poate întâlni după o alunecare – primul consum după o perioadă de abstinenţă şi care poate duce la continuarea consumului – recădere. Acest proces cunoscut ca, *efectul de violare a abstinenţei* include ca atribuiri ale cauzei iniţiale unei alunecări: factori interni, stabili, globali. Aceşti clienţi pot crede că sunt persoane dependente fără speranţă de reuşită, că nu vor mai fi niciodată în stare să atingă şi să-şi menţină abstinenţa şi că nu are rost să încerce să-şi schimbe comportamentul deoarece nu vor reuşi.

Efectul de violare a abstinenţei are de asemenea o componentă emoţională asociată. Consumatorii de substanţă care au alunecat şi care au factori interni, stabili şi globali se vor simţi deprimaţi, neajutoraţi, decepţionaţi, fără valoare, inutili. Stilul de atribuire tinde să fie asociat cu un proces de "neputinţă învăţată,". Această "neputinţă" împreună cu emoţiile negative cresc probabilitatea ca o iniţială alunecare să se transforme într-o recădere.

Cercetările efectuate pe persoanele dependente de alcool, marijuana, opiacee şi alte substanţe oferă un suport empiric pentru stilul de atribuire în medierea efectului de violare a abstinenţei.

Evaluarea cognitivă

Pentru terapeutul care utilizează terapia cognitiv comportamentală, o evaluare individuală a situaţiilor stresante şi a abilităţilor de a face faţă acestor situaţii este importantă pentru iniţierea şi menţinerea abstinenţei ca şi al recăderii după încetarea consumului. Folkman şi Lazarus au descris două nivele diferite de evaluare cognitivă:

Primul – evaluarea primară care reprezintă percepţia individuală a unei situaţii şi estimarea nivelului de stres, de provocare sau de ameninţare pe care le produce situaţia.

Al doilea – evaluarea secundară, a abilităţii personale de a face faţă provocărilor şi cererilor specifice situaţiei.

Această evaluare care va fi influenţată de natura, întinderea şi disponibilitatea abilităţilor individuale de a face faţă situaţiilor de risc va media percepţia individuală a stresului şi răspunsul emoţional al persoanei.

Smith arată că evaluarea cognitivă poate juca un rol mai important decât atribuirile în medierea răspunsurilor emoţionale la situaţii potenţial ameninţătoare.

Comportamente de coping

Coping-ul se referă la ceea ce individul face sau gândeşte într-o situaţie de criză, pentru a se opune riscului recăderii. Teoria cognitiv comportamentală descrie deficienţa abilităţilor de a face faţă problemelor interpersonale, sociale, emoţionale.

În absenţa acestor abilităţi problemele sunt percepute într-un mod ameninţător, stresant, şi potenţial nerezolvabile. Din această perspectivă consumul de substanţă este văzut ca un comportament învăţat, clientul consumând substanţă ca răspuns la o situaţie problemă, ca o încercare de a „face faţă" în absenţa unor abilităţi comportamentale, cognitive, emoţionale adecvate.

Litman a identificat un număr de strategii cognitive şi comportamentale protectoare împotriva recăderii.

Se descriu două clase de comportament de coping:

1. evitarea situaţiilor care au fost asociate cu consumul de substanţă;

2. căutarea suportului social în situaţia prezenţei craving-ului.

Domeniul cognitiv include de asemenea 2 categorii generale de coping:

1. gândurile negative sau gândurile legate de consecinţele negative rezultate din consumul de substanţă şi dorinţa de a opri experienţa;

2. gândurile pozitive sau gândurile legate de avantajele absenţei consumului.

Litman sugerează că aceste strategii de coping acţionează într-un mod secvenţial.

Iniţial când clienţii încearcă să iniţieze şi să-şi menţină abstinenţa par să se bazeze cu greutate pe strategiile comportamentale.

Strategiile de soluţionare (coping) prezintă şi alte dimensiuni.

Clienţii pot fi concentraţi pe emoţii, concentraţi pe problemă, sau pe evitare. O distincţie este făcută de asemenea între strategiile de coping generale şi cele care încearcă să facă faţă urgenţelor, craving-ului sau tentaţiei de a consuma în anumite situaţii care în trecut se asociau cu consumul. O altă importantă dimensiune a strategiilor comportamentale este stadiul în care consumă ca răspuns la o situaţie potenţială de risc.

Coping-ul anticipator este o încercare de a realiza un plan despre cum să faci faţă viitoarelor situaţii de risc. Se poate spune: "Ce pot face dacă… ".

De asemenea sunt strategii de coping care se angajează în momentul în care trebuie să faci faţă situaţiilor de risc. Se poate spune: "Ce pot face acum… ".

În final sunt strategii de coping de întărire care se pot angaja în cazul eşecului de a face faţă. Se poate spune: "Ce pot face acum dacă aş… ".

Aceste strategii de coping de întărire pot juca un rol important în determinarea momentului în care o alunecare poate ajunge la recădere.

Cercetările asupra comportamentului de coping demonstrează deficienţe ale abilităţii de coping cu rol important la consumatori, aceştia prezentând un risc de recădere mai mare faţă de cei cărora le sunt îmbunătăţite abilităţile de coping de-a lungul terapiei.

Expectaţia autoeficienţei

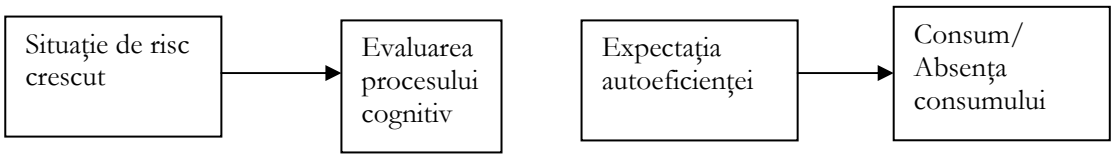
Lipsa aparentă a abilităţilor de coping a dependenţilor de substanţă a dus la construirea unui alt concept – cheie în TCC denumit expectaţia de autoeficienţă. Aceste aşteptări se referă la încrederea persoanei în abilitatea lui de a face faţă unei situaţii şi sunt determinate în parte de repertoriul abilităţilor de coping şi de experimentarea relativei eficacităţi în relaţie cu anumite cereri ale unei situaţii.

Bandura arăta că expectaţia autoeficienţei determină dacă acţiunea de coping comportamental va fi iniţiată sau nu, cantitatea de efort investită şi durata tentativei de coping în faţa obstacolelor şi experienţelor aversive. De asemenea a sugerat că autoeficienţa exercită o influenţă în comportamentul individului, prin intermediul sistemului cognitiv, motivaţional şi emoţional.

Dacă o persoană prezintă o autoeficienţă scăzută datorată lipsei de abilităţi de coping, poate avea gânduri distorsionate despre sine, reducându-i motivaţia de a încerca să facă faţă şi poate fi deprimată şi să se perceapă ca lipsită de speranţă.

Modul de abordare cognitiv comportamental al tulburărilor determinate de consumul de substanţă postulează că autoeficienţa scăzută creşte probabilitatea recăderilor după atingerea abstinenţei.

Prezentăm un model de recădere care se bazează pe autoeficienţă şi coping:SCHEMA



Rolul autoeficienţei a fost determinat pentru dependenţii de alcool, marijuana, cocaină, opiacee şi alte substanţe. Cercetările demonstrează că persoanele cu o scăzută autoeficienţă prezintă risc crescut pentru consum de substanţă.

Aşteptările în legătură cu efectele consumului de substanţă

Atât timp cât consumul de substanţă este reîntărit de efectele pozitive ale acestuia, persoana va dezvolta o serie de aşteptări cognitive în legătură cu efectele anticipate ale substanţei asupra sentimentelor şi comportamentului. Efectele pozitive ale consumului de heroină includ relaxarea şi reducerea tensiunilor, sedarea, diminuarea anxietăţii, valorizarea într-un anumit grup social. În ultimul timp a crescut interesul pentru consecinţele negative legate de consum. Consecinţele negative ale consumului sunt numeroase, antrenând deteriorarea din punct de vedere biologic, psihologic şi social. Pentru a enumera doar câteva dintre ele: problemele somatice grave cum ar fi tromboflebita la locul de injectare, hepatitele de tip B şi C, sifilisul, SIDA, riscul vital prin supradoză sau accidente, orientarea întregii activităţi psihice către procurarea substanţei în detrimentul celorlalte activităţi, pierderea statutului profesional şi social, a prietenilor, deteriorarea relaţiilor în familie, conflictele cu reprezentanţii legii.

Aşteptările pozitive sunt asociate riscului mare de recădere, iar aşteptările negative sunt asociate cu scăderea probabilităţii de recădere şI menţinerea abstinenţei.

Situaţiile de risc crescut

Marlatt şi colegii săi au caracterizat un număr de situaţii specifice consumului de substanţă. În ce taxonomia originală a situaţiilor de risc se orientează asupra situaţiilor în care apare recăderea după o perioadă de abstinenţă, modelul Marlatt se concentrează asupra situaţiilor în care e posibil consumul de drog.

Aceste situaţii au fost clasificate în mai multe categorii. Acestea includ situaţii emoţionale, interpersonale, situaţii legate de mediu în care există posibilitatea recăderii. Acestea se numesc "situaţii de risc crescut".

Situaţiile de risc crescut au fost studiate la consumatorii de alcool, marijuana, cocaină, sedative, opiacee. S-a constatat că experienţe sociale pozitive şi negative reprezentau situaţii de risc pentru dependenţii de alcool şi droguri. Experienţele pozitive s-au considerat importante pentru consumatorii de marijuana. Dependenţii de heroină au arătat importanţă situaţiilor negative şi a conflictelor interpersonale. Evaluarea consumatorilor din acest punct de vedere prin determinarea situaţiilor de risc crescut este foarte importantă în menţinerea abstinenţei.

Taxonomia situaţiilor de risc crescut bazată pe modelul Marlatt:

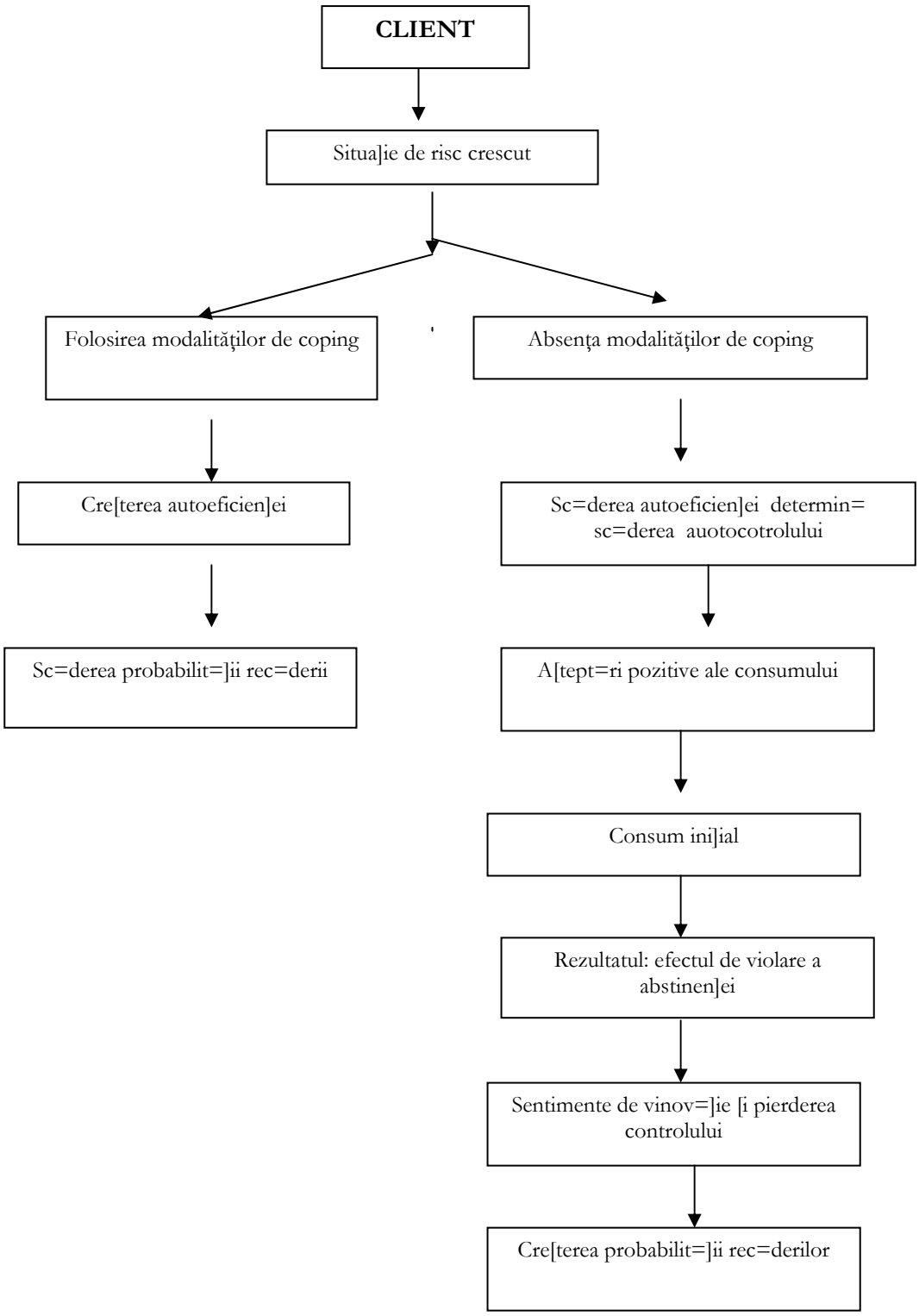
1. Factori intrapersonali şi de mediu:

- Stări emoţionale negative:
  - frustrarea, furia;
  - alte stări emoţionale negative (frică, anxietate, tensiune, depresie, singurătate, tristeţe, plictiseală, vinovăţie);
- Stări negative fizice şi fiziologice:
  - stări fizice asociate consumului de substanţă: sevraj fizic
  - alte situaţii fizice: durere, boală, oboseală;
- Apariţia unor situaţii emoţionale pozitive: consum de substanţă pentru plăcere sau pentru o sărbătorire;
- Testarea controlului personal: consumul pentru a-ţi verifica voinţa sau pentru a vedea dacă tratamentul este eficient;
- Tentaţia sau dorinţa:
  - în prezenţa stimulilor legaţi de substanţă;
  - în absenţa stimulilor legaţi de substanţă.

2. Factori interpersonali:

- Conflicte interpersonale:
  - frustrare şi furie;
  - alte conflicte interpersonale;
- Presiunea socială de a consuma:
  - presiunea socială directă;
  - presiunea socială indirectă;
- Apariţia situaţiilor emoţionale pozitive prin consumul în grup.

SCHEMA :Modelul cognitiv comportamental al procesului recăderii:



Training-ul abilităţilor de coping

O componentă majoră în terapia cognitiv comportamentală este dezvoltarea abilităţilor de coping. Deficienţele în abilităţile de coping la consumatorii de substanţă pot fi rezultatul a numeroşi factori. Unii clienţi continuă să folosească abilităţi de coping corespunzatoare vârstei dar nu şi eficiente. Alţii au abilităţi proprii disponibile dar sunt inhibaţi în folosirea lor. Principalul scop al terapiei cognitiv comportamentale constă în ajutarea clienţilor să-şi dezvolte şi să-şi utilizeze abilităţile astfel încât să facă faţă situaţiilor de risc fără a recurge la consum ca o posibilă alternativă de răspuns. Abilităţile despre care am discutat sunt specifice consumului de substanţă (modalitatea de a face faţă dorinţei , modalitatea în care poţi refuza oferirea unei doze de substanţă) sau specifice reacţiilor emoţionale (abilităţi de comunicare şi de a face faţă furiei şi depresiei).

Elemente de training al abilităţilor intrapersonale şi interpersonale:

Abilităţi intrapersonale:

- controlul gândurilor legate de abuzul de substanţă;
- rezolvarea problemelor;
- luarea deciziilor;
- training de relaxare şi controlul stresului;
- conştientizarea furiei;
- controlul furiei;
- conştientizarea gândurilor negative;
- dezvoltarea de activităţi plăcute;
- efectuarea unui plan de urgenţă;
- controlul problemelor persistente.

Abilităţi interpersonale:

- refuzul ofertei de a consuma drog;
- folosirea limbajului corporal
- primirea şi rostirea de complimente;
- trainingul asertivităţii;
- refuzarea cererii;
- comunicare în relaţiile intime personale;
- împărtăşirea emoţiilor;
- oferirea de critici;
- primirea criticilor;
- primirea criticilor despre consumul de substanţă;
- creşterea reţelei de suport social.

Aceste subiecte s-au dezvoltat pentru tratamentul tulburărilor determinate de consumul de alcool şi au fost adaptate cu uşurinţă tulburărilor determinate de consumul de substanţă. Terapeutul învaţă clientul abilităţi specifice comportamentale pentru formarea şi menţinerea relaţiilor interpersonale. De exemplu un client poate fi învăţat cum poate refuza o doză într-o situaţie socială (grup de prieteni) care poate include câteva forme ale training-ului asertivităţii. Este foarte important să învăţăm clientul cum să-şi dezvolte noi relaţii sociale cu persoane neconsumatoare.

Şedinţele de training al abilităţilor urmăresc un format relativ standardizat. Clientul oferă o privire generală a şedinţei descriind aria de interes asupra căreia să se îndrepte terapeutul şi motivele pentru care e necesară intervenţia specializată. După discutarea subiectelor de interes terapeutul modelează abilităţi efective de a face faţă situaţiilor particulare. Terapeutul implică clientul în jocuri de rol în care poate repeta noi abilităţi de coping comportamental, oferind feed-back-uri în timp ce acesta continuă să repete abilităţile. În perioada dintre şedinţele terapeutice, terapeutul dă teme pentru acas clientului pentru a oferi acestuia oportunitatea să exerseze comportamentele învăţate în şedinţele terapeutice în viaţa de zi cu zi. Următoarea şedinţă începe cu o privire generală asupra temei pentru acasă şi asupra reacţiilor clientului despre aceasta.

Training-ul asertivităţii

Clientul este încurajat să-şi exprime emoţiile şi nevoile, să se lupte pentru drepturile lui, să facă ce este mai bine pentru el, să-şi exprime emoţiile negative în mod constructiv. Aceasta este folositoare pentru clienţii cu tulburări datorate consumului de substanţă deoarece putând să-şi exprime emoţiile şi nevoile pot să-şi controleze recăderile. Cu cât clientul devine mai asertiv cu atât el poate să-şi controleze comportamentul impulsiv ca şi factorii de mediu care-i pot favoriza recăderea. Trainingul asertivităţii este de obicei combinat cu alte tipuri de psihoterapii deoarece este necesară o schimbare de atitudine ca şi o schimbare comportamentală.

Modul de abordare al trainingului abilităţilor a fost evaluat mai mult decât alte moduri de abordare a tulburărilor determinate de consum. Monti şi colegii săi au evaluat training-ul abilităţilor de coping pentru dependenţii de cocaină şi a fost aplicat şi dependenţilor de opiacee. Clienţii care au urmat un training al abilităţilor de coping au consumat drog o perioadă mai scurtă de timp şi au prezentat o rată mai scăzută a recăderilor după 3 luni.

Analiza funcţională

Terapia cognitiv comportamentală are la bază conştientizarea antecedentelor şi consecinţelor datorate consumului de substanţă. Modul de abordare tipic este cel în care clientul împreună cu terapeutul încep terapia cu analiza funcţională a comportamentului de consum. Aceasta îşi propune identificarea antecedentelor şi consecinţelor comportamentului de consum care reprezintă factorii triggers (declanşatori) şi de menţinere. Situaţiile antecedente legate de consum provin din diferite domenii: emoţional, social, cognitiv, psihologic, mediu. Analiza funcţională trebuie de asemenea să se centreze pe abilităţile individuale de a face faţă situaţiilor de risc. De asemenea evaluează caracteristicile situaţiilor emoţionale ale clientului, gândurile şi mediul care sunt puternic asociate cu consumul. Este important să identificăm gândurile, sentimentele şi reacţiile în timpul şi după depăşirea situaţiei de risc. Fără o astfel de evaluare terapia cognitiv comportamentală nu are şanse de reuşită.

Analiza funcţională este o metodă care ajută la examinarea a trei aspecte ale consumului de substanţă:

- tipul circumstanţelor, situaţiilor, gândurilor şi sentimentelor care cresc probabilitatea riscului de consum (triggers);
- consecinţele pozitive, imediate, scurte ale consumului de substanţă;
- consecinţele negative ale consumului de substanţă.

Trigger	Gânduri şi sentimente	Comportamentul	Consecinţe pozitive	Consecinţe negative

Elementele esenţiale ale terapiei cognitiv comportamentale:

Elementele esenţiale care deosebesc terapia cognitiv comportamentală de alte tipuri de terapii:

- analiza funcţională a consumului de substanţă;
- training specializat în recunoaşterea şi modalităţile de a face faţă craving-ului, (modalităţi de a face faţă gândurilor legate de consum, rezolvarea problemelor, planuri de urgenţă şi abilităţi de a refuza consumul);
- examinarea proceselor cognitive legate de consumul de substanţă;
- identificarea şi gestionarea viitoarelor situaţii de risc;
- exersarea în timpul terapiei a abilităţilor de a face faţă;
- includerea unor şedinţe de terapie pentru crearea de abilităţI;
- terapeutul încearcă să evalueze numărul şi tipul situaţiilor de risc, tentaţia de a consuma în aceste situaţii, credinţa că a consuma o singura dată nu determină recăderea, eficacitatea abilităţilor de a face faţă şi aşteptările legate de consumul de substanţă.

Un element important în terapia cognitiv comportamentală este prevenirea recăderilor. Modul de abordare a prevenirii recăderilor are la bază analiza funcţională, identificarea situaţiilor de risc şi training-ul legat de crearea de abilităţi de a face faţă acestora, dar şi anumite caracteristici adiţionale. Acest mod de abordare încearcă să gestioneze un număr mare de cogniţii implicate în procesul de recădere şi se concentrează pe ajutorul dat clientului de a-şi îmbunătăţi eficienţa personală.

Terapeutul care foloseşte terapia cognitiv comportamentală va încerca să schimbe procesul de atribuire şi procesul emoţional după recădere.

Dacă apare o alunecare, terapeutul încearcă să aducă atribuirile negative (interne, stabile şi generale) în atenţia clientului pentru ca acesta să le poată identifica şi schimba. Clientul va fi ajutat să vadă cauza recăderilor ca fiind o scădere a abilităţilor de a face faţă.

Cercetările demonstrează că cei care aşteaptă mai multe efecte pozitive de la consum sunt predispuşi consumului. De asemenea cei care conştientizează mai mult consecinţele negative sunt mai puţin predispuşi consumului. Sunt de asemenea diferenţe semnificative în modul în care femeile şi bărbaţii sunt preocupaţi de efectele consumului: bărbaţii sunt mai mult preocupaţi de efectele pozitive, iar femeile mai mult de efectele negative.

Terapeutul poate lucra pentru schimbarea aşteptărilor pozitive în legătură cu consumul de substanţă. Sunt 2 strategii pe care terapeutul le poate folosi: schimbarea credinţelor clientului asupra efectelor pozitive ale consumului şi îndreptarea atenţiei asupra efectelor negative.

Subliniem importanţa pregătirii pentru posibilitatea unei recăderi şi planificarea modalităţilor de a o evita sau oprirea procesului rapid cu prejudicii minime atunci când apare. Adesea pacienţilor le este neplăcut să vorbească în mod direct despre posibilitatea recăderii. În acest caz una dintre tehnicile ce pot fi folosite pentru a le alunga îndoielile este analogia cu un stingător de incendiu. A avea un stingător de incendiu şi a fi pregătit să faci faţă focului nu înseamnă că incendiul va izbucni. Este util să ai planuri concrete de urgenţă inclusiv numerele de telefon ale persoanelor de suport. Includerea membrilor familiei în acest plan este importantă deoarece ei văd în general mai repede decât clientul semnele de alarmă ale unei recăderi.

Prevenirea recăderilor se ocupă şi de dezvoltarea unui stil de viaţă mult mai sănătos şi echilibrat.

Marlatt şi Gordon arată că o sursă de risc pentru recădere o reprezintă gradul de stres zilnic. Ei sugerează că atunci când obligaţiile pe care clientul le simte ("trebuie să"), sunt mai importante decât plăcerea pe care o poate căuta ("vreau să") atunci viaţa este dezechilibrată. De aici resultă sentimente de frustrare şi resentiment. Ca răspuns la aceste sentimente individul poate începe să ia decizii care treptat duc la recădere. Scopul ar fi să ajuţi individul să echilibreze balanţa implicându-se mai mult în activităţi plăcute şi gratifiante şi reducând sursele şi nivelul de stres.

Terapia cognitiv comportamentală scurtă

Avantajele terapiei cognitiv comportamentale sunt: durata scurtă şi flexibilitatea. Terapia cognitiv comportamentală tipică se realizează în 12 sau 16 şedinţe, de obicei pe durata a 12 săptămâni de psihoterapie individuală o dată pe săptămână. Şedinţele includ crearea de abilităţi de a face faţă craving-ului, realizarea unui plan de urgenţă şi crearea de abilităţi pentru rezolvarea problemelor personale şi patru şedinţe bazate pe problemele personale evaluate. Cele 12 şedinţe de terapie cognitiv comportamentală sugerează că durata tratamentului este suficientă pentru atingerea şi menţinerea abstinenţei. Putem menţiona de asemenea că nu toţi clienţii vor răspunde în această perioadă scurtă de timp. În aceste cazuri terapia cognitiv comportamenatală iniţială poate fi considerată un stadiu preparator pentru un tratament intensiv.

Când folosim terapia cognitiv comportamentală

Te**rapia cognitiv comportamentală (T.C.C.)** este folosită pentru terapia unei game largi de pacienţi cu dependenţă de substanţă.

Tipurile de clienţi pentru care T.C.C. nu este indicată sunt:

- pacienţii care prezintă tulburări psihotice sau bipolare nestabilizate sub tratament medicamentos corespunzator;
- pacienţii care nu au condiţii stabile de viaţă;
- cei cu tulburări somatice necorectate terapeutic;
- cei cu polidependenţă.

Eficienţa terapiei cognitiv comportamentale:

Spre deosebire de alte terapii, terapia cognitiv comportamentală în tratamentul dependenţelor beneficiază de numeroase dovezi în sprijinul eficienţei sale. Prevenirea recăderilor s-a dovedit a fi superioară lipsei de tratament . Deşi rata recăderilor nu este în mod obligatoriu redusă clienţii trataţi prezintă recăderi mult mai puţin severe atunci când ele apar.

În concluzie intervenţiile comportamentale sunt eficiente, pot fi folosite la un spectru larg de dependenţi şi pot beneficia de cadrul terapiilor de scurtă durată.

Importanţa stilului de viaţă în prevenirea recăderilor

Un rol important în menţinerea abstinenţei este şi modificarea stilului de viaţă, având în vedere asocierea dintre consumul de drog ş un anumit stil de viaţă. De aceea sunt importante transformările aduse în anumite domenii ale vieţii cum ar fi:

- transformări în organizarea timpului;
- transformări ale activităţilor de ocuparea timpului liber;
- consilierea vocaţională;
- crearea de abilităţi sociale.

1. Transformări în organizarea timpului

Reprezintă o problemă importantă a consumatorilor având în vedere lipsa capacităţii acestora de a-şi organiza productiv timpul astfel încât să nu aibă timp să se gândească la drog, plictiseala representând unul din factorii de risc ai recăderii. Este recomandabilă organizarea timpului după un program strict pe care clientul să-l respecte zilnic.

2. Transformări ale activităţilor de ocuparea timpului liber (activităţi recreaţionale)

Dependenţii de drog în perioada de consum îşi concentrau întreaga atenţie asupra obţinerii şi consumului substanţei. Erau momente în care viaţa lor decurgea într-un mod haotic, fără control. Recuperarea este o oportunitate de a-şi dezvolta şi structura o viaţă care să includă alte activităţi.

Prin activităţile recreaţionale ei învaţă să se implice într-un cadru organizat de petrecere a timpului liber, disrându-se şi relaxându-se în acelaşi timp.

Acestea activităţi pot fi sportive: fotbal, înot, tenis sau artistice: pictură, desen, muzică, dans, sau pur şi simplu conversaţiile cu prieteni neconsumatori, vizionarea unui film, citirea unei cărţi.

Un scop important pentru clienţi este petrecerea a cat mai mult timp cu prieteni neconsumatori şi îndepărtarea de grupul vechi de prieteni consumatori.

3. Consilierea vocaţională

Una dintre problemele esenţiale a clienţilor este lipsa unui loc de muncă stabil. Consilierea vocaţională are ca scop evaluare nevoilor profesionale, clienţii fiind ajutaţi în găsirea unui loc de muncă în funcţie de nivelul de pregătire şi de aptitudini.

Şedinţele de consiliere vocaţională îşi propun să înveţe clientul să-şi construiască un C.V., să-l pregătească pentru un interviu.

De asemenea este importantă reluarea cursurilor şcolare, cel mai adesea întrerupte datorită consumului.

4. Crearea de abilităţi sociale

Consilierea privind abilităţile sociale este recomandată clienţilor care nu reuşesc să stabilească relaţii cu uşurinţă, care simt disconfort atunci când trebuie să relaţioneze cu ceilalţi. Subliniem încă o dată rolul important al relaţiilor cu persoane neconsumatoare, grup de prieteni neconsumatori, în menţinerea abstinenţei.

ALTE TIPURI DE TERAPII

Modelul Matrix

Modelul Matrix (matrice) oferă un cadru pentru angajarea consumatorilor în tratament şi sprijinirea lor în menţinerea abstinenţei. Pacienţii învaţă despre situaţiile critice şi despre recădere, primind ajutor de la un terapeut specializat, devin familiari cu programele de autoajutor şi sunt monitorizaţi prin testarea drogurilor în urină.

Programul include de asemenea şi educaţie pentru membrii familiei afectată de consumul de droguri. Terapeutul este atât profesor cât şi antrenor încurajând relaţia cu pacientul şi folosind relaţia pentru întărirea schimbării pozitive de comportament. Relaţia dintre terapeut şi pacient este realistă şi directă şi nu parentală sau confruntaţională.

Terapeutul conduce tratamentul într-un mod în care să promoveze stima de sine, demnitatea şi propria valoare.

Acest mod de abordare include elemente din aria prevenirii recăderii: terapia familiei terapia de grup, educaţia privind consumul de droguri şi grupuri de suport. Manualele detaliate de tratament conţin informaţii despre sesiunile individuale de tratament, grup educaţional pentru părinţi, grupuri de prevenirea recăderii, teste de urină, programul 12 Paşi, analiza recăderilor, grupuri de suport social.

Prezentăm un program tipic al modelului Matrix (matrice):

Prima fază (lunile 1 – 6): şedinţele terapeutice sunt astfel structurate:

- săptămânile 1-2: şedinţe individuale bisăptămânale, întâlniri ale N.A. săptămânale, grupuri de suport pentru familii, terapie de grup, teste deă.

- săptămânile 3-16: şedinţe individuale săptămânale, grupuri de prevenirea recăderilor bisăptămânale, întâlniri ale N.A., grupuri de suport pentru familii, teste de urină.

- săptămânile 17-26: grupuri de prevenirea recăderilor bisăptămânale, grupuri de suport social săptămânale, întâlniri ale N.A. şi şedinţe individuale lunare.

A doua fază (lunile 7 – 12): şedinţele terapeutice sunt structurare astfel:

- Întâlniri săptămânale ale N.A., grupuri de suport social, şedinţe individuale şi de grup, teste de urină.

Un număr mare de proiecte au demonstrat că pacienţii trataţi cu modelul Matrix au demonstrat o scădere semnificativă a consumului de drog şi alcool, îmbunătăţirea indicatorilor psihologici şi reducerea riscului comportamentelor sexuale asociate bolilor infecto-contagioase.

Psihoterapia suportiv expresiva

Psihoterapia suportiv expresivă este o terapie centrată şi limitată în timp care a fost adaptată dependenţilor de droguri.

Terapia are 2 mari componente :

- **Tehnici suportive**, pacientul este încurajat să se simtă comfortabil în discuţia despre experienţele personale;
- **Tehnici expresive**, pacientul este ajutat să-şi identifice şi să lucreze pe problemele de relaţii interpersonale.

O atenţie specială se îndreaptă spre problemele comportamentale asociate consumului şi modalitatea de rezolvare fără a recurge la consum.

12 Paşi Narcotici Anonimi

Narcoticii Anonimi este o fraternitate sau o asociaţie cu scop nonlucrativ, compusă din barbaţi şi femei pentru care drogul a devenit o problemă majoră şi care învaţă împreună să trăiască fără drog. Nu există taxe de înscriere şi nici cotizaţii.

Fiecare participant a plătit deja preţul pentru a fi membru, preţul suferinţei pentru dreptul de a se ameliora. Este un program de abstinenţă completă faţă de orice substanţă. Nu trebuie semnate angajamente sau contracte, nici făcute promisiuni. Singura condiţie pentru a deveni membru este dorinţa de a înceta consumul. Ei se consideră dependenţi pe calea reabilitării.

Au cu regularitate întâlniri, în cursul cărora fiecare îşi expune cu sinceritate experienţele, este ascultat de grup şi-şi dă seama că o speranţă există. Nimeni nu este judecat, etichetat sau moralizat. Programul are la bază câteva principii scrise, foarte simple, ce pot fi aplicate la viaţa de zi cu zi.

NA este o asociaţie complet autonomă, neafiliată la nici un organism, grup politic sau mişcare religioasă. Nu are nici o legatură cu poliţia şi nici nu este ţinută sub supraveghere. Se poate înscrie orice dependent, indiferent de vârstă, rasă, orientare sexuală, credinţe, religie.

Nimeni nu-l întreabă ce consumă, în ce cantitate sau cine-i procură drogurile. Nu interesează trecutul sau situaţia materială. Contează numai dorinţa sinceră de a face ceva pentru rezolvarea problemei şi modalităţile prin care grupul poate ajuta.

NA a fost fondată, după modelul AA în sudul Californiei, acolo unde s-a ţinut prima întrunire. Fraternitatea s-a dezvoltat în mod dezordonat, răspândindu-se în diverse regiuni din Statele Unite. Încă de la început a fost evidentă necesitatea unui text scris, a unei cărţi despre reabilitare. "Micuţa carte albă", Narcoticii Anonimi. În zilele noastre, găsim dependenţi angajaţi pe calea recuperarii în mii de reuniuni ale NA, peste tot în Statele Unite şi în multe alte tări din lume.

Programul NA este o ucenicie care dă rezultate. Aici se învaţă că în locul încercării de a schimba oamenii şi lucrurile din jur, cel în cauză are nevoie să încerce să se schimbe pe sine. El descoperă treptat noi posibilităţi şi-şi dă seama de propria valoare, învăţând să se respecte. Învaţă să accepte voinţa unei entităţi superioare.

Acceptarea duce la reabilitare, la pierderea fricii de necunoscut şi în final la libertate. Toate acestea nu se obţin dintr-o dată ci asimilând, încet-încet cele 12 etape. Principiile care stau la baza acestor etape sunt următoarele:

1. Recunoaştem că suntem neputincioşi asupra dependenţei noastre, că nu mai deţinem în nici un fel controlul asupra propriei vieţi.
2. Credem că o putere mai mare decât noi ar putea să ne redea echilibrul psihic.
3. Luăm decizia de a ne încredinţa voinţa şi viaţa în mâinile Domnului, indiferent cum Îl înţelege fiecare dintre noi.
4. Facem o inventariere amănunţită şi fără teamă a trăsăturilor noastre morale, a curajului pe care îl avem.
5. Recunoaştem în faţa lui Dumnezeu, în faţa propriei noastre conştiinţe şi a altei fiinţe umane adevărata natură a greşelilor noastre.
6. Suntem pe deplin de acord ca Dumnezeu să ne scape de toate aceste defecte de caracter.
7. Îl rugăm cu umilinţă să ne scape de defecte.
8. Am făcut o listă cu toate persoanele pe care le-am făcut să sufere şi am decis să reparăm prejudiciul produs.
9. Pe cât este posibil despăgubim în mod direct aceste persoane cu excepţia situaţiilor în care i-am răni sau am face rău altora.
10. Am continuat a face un inventar personal şi ne-am recunoscut greşelile, imediat ce le-am conştientizat.
11. Am căutat prin rugăciuni şi meditaţii să îmbunătăţim credinţa în Dumnezeu, aşa cum îl concepem fiecare dintre noi, rugându-ne doar pentru învăţătura lui şi puterea de a o pune în practică.
12. După ce am ajuns la renaşterea spirituală ca urmare a acestor paşi am încercat să transmitem acest mesaj celor dependenţi şi să aplicăm aceste principii la toate problemele noastre de viaţă.

Eficacitatea tratamentului creşte cu cât clientul poate personaliza aceste concepte din cei 12 paşi în viaţa lui.

Iată câteva dintre întrebările pe care participanţii la şedinţele NA sunt îndemnaţi să şi le pună: „Suntem siguri de dorinţa noastră de a înceta cunsumul?; Înţelegem oare că nu putem avea un veritabil control asupra drogului?; Suntem conştienţi că până la urmă nu noi consumăm drog ci drogul ne consumă pe noi?; S-a-ntâmplat deja ca spitalul sau închisoarea să preia controlul vieţii noastre?; Putem accepta că toate tentativele de abstinenţă de până acum au eşuat?; Ştim oare că dependenţa ne-a transformat în ceea ce nu ne doream sa fim, adică o persoană necinstită, încăpăţânată, în contradicţie cu sine şi dezacord cu ceilalţi?; Suntem absolut convinşi că partida este pierdută?"

Majoritatea celor ce ajung la NA sunt distruşi din punct de vedere fizic, mental şi spiritual. Ei suferă de mult timp şi sunt gata să facă mari eforturi pentru a rămâne abstinenţi. O rază de speranţă este dată de exemplul celor care au înfruntat şi ei aceste probleme şi au găsit modalitatea de-a se salva. Oricine este binevenit în NA, indiferent de unde vine, cine este, care-i este trecutul; numitorul comun este dependenţa, experimentată de toţi. După câteva şedinţe, începe să se dezvolte sentimentul de apartenenţă la un grup. Treptat, se descoperă cele 12 etape. Ele trebuie asimilate în ordine şi puse în practiceă în viaţa de zi cu zi. Aceste etape sunt gândite a fi principiile ce fac reabilitarea posibilă, un "scut" în faţa dependenţei, o şansă de a supravieţui.

Din discuţiile între membrii grupului reiese treptat că reabilitarea personală depinde de unitatea NA şi că această unitate constă în fidelitatea faţă de tradiţii. Aşa cum libertatea individuală provine din cei 12 paşi, cea a grupurilor emană din tradiţii. Cele 12 tradiţii ale NA sunt linii de conduită orientate către fraternitate, viaţă, libertate; ele nu sunt negociabile.

1. Bunurile comune au prioritate; reabilitarea personală depinde de unitatea NA.
2. În urmărirea obiectivului comun nu este recunoscută decât o singură autoritate supremă: un Dumnezeu al iubirii, aşa cum se manifestă el în conştiinţa grupului. Liderii de grup merită încrederea celorlalţi, dar nu au puterea de a guverna.
3. Condiţia unică pentru a deveni membru NA este dorinţa de a stopa consumul.
4. Fiecare grup este complet autonom.
5. Fiecare grup are un singur scop primordial, acela de a-şi transmite mesajul dependentului aflat în suferinţă.
6. Niciodata un grup NA nu va avea legături financiare sau de orice altă natură cu organisme sau organizaţii exterioare pentru ca grija banilor, proprietăţilor sau prestigiului să nu-l îndepărteze de scopul principal.
7. Fiecare grup NA îşi satisface propriile nevoi, refuzând orice contribuţie exterioară.
8. NA este un grup non-profesional, fără angajaţi externi.
9. NA nu are o structură ierarhizată, sau strict organizată.
10. NA nu are şi nu-şi manifestă nici o părere asupra evenimentelor exterioare; numele asociaţiei nu este niciodată implicat în controverse publice.
11. Reclama nu este folosită în relaţiile publice, iar confidenţialitatea este întotdeauna păstrată.
12. Anonimatul este baza spirituală a tuturor tradiţiilor, principiile fiind plasate înaintea individualităţilor.

NA nu este în nici un caz un program religios, ci unul spiritual. Pentru ei, orice dependent abstinent este un miracol şi pentru ca acest miracol să se producă sunt necesare conştientizarea, abandonul şi progresul constant. Membrii grupului ajung progresiv să înveţe că dacă nu sunt responsabili de boala lor, sunt pe deplin responsabili de propria reabilitare. NA ca program de reabilitare doreste să ofere dependenţilor mult mai mult decât o viaţă fără drog: un mod de viaţă superior infernului prin care au trecut, cunoaşterea bucuriei şi a libertăţii.

În ultimii ani s-au căutat diferite modalităţi de a include cei 12 paşi în tratamentul dependenţei. Modelul iniţial dezvoltat la Willmar State Hospital în Minnesota a devenit cunoscut ca modelul Minnesota. Din 1980, modelul Minnesota a devenit punct de pornire al tuturor programelor de tratament al clienţilor dependenţi atât de alcool cât şi de alte substanţe. Modelul Minnesota îşi propune să facă diferenţierea între dezintoxicare şi tratamentul de postcură. Componentele tratamentului includ stabilirea diagnosticului, un program rezidenţial de reabilitare, un program extins de postcură, tratament ambulator şi terapia familiei.

Fundaţia Hazelden a modificat acest model de îngrijire, incluzând o perioadă de dezintoxicare de câteva zile. Modul de abordare include dezintoxicare, evaluare psihologică, tratament general şi individualizat, terapie de grup, consiliere, tratament medical: psihiatric, reinserţie socială în funcţie de nevoile clientului.

Terapia de grup a fost considerată principala tehnică terapeutică. Cei 12 paşi au fost cu atenţie studiaţi iar întâlnirile N.A. au fost incluse în cadrul tratamentului.

Programul de îngrijire primară a fost inițial conceput să dureze 60 zile într-un cadru rezidențial.

Hazelden a dezvoltat şi o altă versiune, a celei de a 21 zi, această versiune scurtă vizând un tratament intensiv în care rolul psihiatrului, medicului, psihologului, asistentei, este foarte important în tratamentul rezidențial intraspitalicesc.

Procesul de reabilitare este asigurat de personal nemedical şi coordonat de consilier.

Grupurile N.A. pentru pacienţi ca şi grupurile pentru părinţi încep să-şi desfăşoare activitatea încă de la începutul tratamentului şi durează aproximativ 2 ani după terminarea tratamentului.

Componentele tratamentului sunt:

- o puternică orientare N.A.;
- consilier cu abilităţi în domeniul dependenţelor ca prim terapeut;
- testare şi evaluare psihologică şi psihosocială;
- tratament medical şi psihiatric pentru bolile asociate;
- terapeuţi specializaţi în terapia Gestalt, psihodramă, analiză tranzacţională, terapie comportamentală, managementul stress-ului;
- intervenţia în criză;
- terapia sistemică;
- terapia familiei şi grupuri peer;

Aşa cum N.A. afirmă « noi nu putem schimba natura dependentului sau a dependenței sale; putem în schimb încerca să înlăturăm prejudecata conform căreia dependentul nu poate opri consumul, srtăduindu-ne să oferim reabilitarea la îndemâna tuturor ».

Psihodrama

Psihodrama este o metodă de psihoterapie de grup bazată pe acțiune, care permite aducerea în prezent, printr-o reprezentație scenică, a evenimentelor trecute, prezente şi viitoare, creând posibilitatea înțelegerii şi procesării conflictelor, situațiilor şi sentimentelor, modificarea atitudinii față de acestea şi identificarea unor noi modalități de adaptare.

Psihodrama a fost creată de Jacob Levi Moreno şi are la bază conceptele de ***spontaneitate*** şi ***întâlnire. Spontaneitatea*** este capacitatea de a te adapta adecvat la situații noi şi de a da răspunsuri noi la situații deja întâlnite. Valoarea conceptului de ***întâlnire*** rezidă in faptul că o relație interpersonală autentică reprezintă un agent primar pentru dezvoltarea personalității şi are efecte terapeutice intrinseci.

Elementele terapeutice de bază ale psihodramei sunt:

1. ***Scena -*** locul în care persoanele îşi exprimă - concretizându-le – propriile conținuturi mentale: situații de viață, relații semnificative, părți ale sinelui etc. Ea constituie centrul teatrului de psihodramă, spațiul terapeutic care, prin caracteristicile sale ajută individul în exprimarea spontană a rolurilor lui.

2. ***Protagonistul*** (clientul sau pacientul) - persoana care îşi exprimă pe scenă propria sa lume privată, propriul adevăr subiectiv.

3. ***Directorul (terapeutul)*** este cel care conduce sesiunea de psihodramă şi direcţionează protagonistul în explorarea conţinuturilor sale interne.

4. ***Eu auxiliar*** este orice membru al grupului care a fost ales de protagonist pentru a juca un rol în reprezentaţia psihodramatică ce se desfăşoară

5. ***Auditoriul*** este format din membrii grupului care nu sunt implicaţi în reprezentaţia psihodramatică. Pentru aceştia este rezervat un spaţiu adiacent scenei, care le permite să fie martori ai reprezentaţiei psihodramatice şi să treacă uşor în rolul de eu auxiliar, atunci când este necesar.

Tehnicile fundamentale ale psihodramei sunt:

Dublul constă în „a da voce" sentimentelor pe care protagonistul nu reuşeşte să le exprime din diferite motive: timiditate, ruşine, inhibiţie, angoasă, sentiment de vinovăţie, educaţie etc. Această tehnică poate fi aplicată de către director, de către un eu auxiliar sau un membru al auditoriului care simte că rezonează cu protagonistul într-un anumit moment al reprezentaţiei scenice.

Oglinda este o tehnică prin care protagonistului i se oferă posibilitatea să se privească din afară, fie prin ochii altcuiva care este martor la reprezentaţia sa, fie urmărind (de exemplu, de la balcon) propria sa reprezentaţie, jucată de eurile auxiliare.

Inversiunea de rol constă în a face persoana (membru al grupului sau protagonist) să-şi asume pentru un timp rolul unui „altul". Acesta este de obicei o persoană reală, dar poate fi şi personificarea unui obiect, a unei idei, a unei fantezii, a unui simbol, a unei părţi din sine.

Alte tehnici folosite în psihodramă sunt: amplificarea, concretizarea, fotografia, interviul, prezentarea, proiecţia în viitor, solilocviul, scaunul auxiliar, sociometria, suspendarea răspunsului etc.

În mod obişnuit, o ***sesiune de psihodramă*** debutează printr-o serie de activităţi destinate grupului, prin care sunt stimulate relaţii emoţionale pozitive şi este eliberată spontaneitatea participanţilor. În funcţie de nevoile acestora, grupul alege o persoană care va deveni protagonist. Din acest moment, directorul şi întregul grup este pus „în slujba" celui care urmează să-şi dezvăluie pe scenă o parte a lumii sale interioare. În cadrul reprezentaţiei psihodramatice, protagonistul îşi explorează şi îşi clarifică aspecte ale propriei vieţi, se eliberează prin catharsis de tensiunea emoţională şi găseşte modalităţi de a integra noile insight-uri. Sesiunea se încheie printr-un moment de participare a auditoriului, în care membrii grupului îşi exprimă emoţiile, gândurile şi aspecte din propria viaţă, evocate de reprezentaţia scenică. Această „împărtăşire" are un important rol integrativ pentru protagonist. În plus, el are sentimentul că este susţinut şi acceptat de grup.

Psihodrama este o metodă puternică de acţiune, ce poate fi aplicată cu succes în tratamentul dependenţei de droguri. Prin specificul ei acţional, permite o explorare terapeutică comprehensivă a aspectelor ce caracterizează domeniul dependenţei: pierderile suferite, vinovăţia şi durerea. Renunţarea la consum este percepută ca fiind dureroasă, dependentul pierzându-şi drogul, cel mai de încredere prieten şi aliat.

Terapeutul care lucrează în domeniul dependenţei face de fapt o terapie a durerii, inerentă procesului de schimbare în care este implicat clientul dependent.

Prin tehnica inversiunii de rol, clientul are ocazia de a-şi depăşi sentimentul de vinovăţie, înţelegându-se şi acceptându-se mai bine pe sine, în diferite momente ale existenţei lui. Doar

un dependent care s-a iertat pe el însuşi poate rămâne abstinent o perioadă semnificativă de timp.

Folosirea acestei tehnici permite o concretizare a ambivalenţei caracteristice persoanei dependente şi clarificarea aspectelor motivaţionale legate de consum şi abstinenţă. De exemplu, poate fi creat un dialog imaginar între protagonistul din prezent şi protagonistul aflat în momentul în care a debutat consumul. Acesta poate duce la obţinerea unei scene vii a „balanţei motivaţionale", clientul fiind astfel în posesia unei duble perspective: a persoanei care simte nevoia să încerce drogul şi a celei care a trecut prin experienţa traumatizantă a consumului şi dependenţei.

În psihodramă poate fi simbolizată despărţirea de drog (de exemplu, obiectul pierdut poate fi lăsat să plece sau poate fi acompaniat către mormânt şi îngropat printr-un ritual). Această scenă îi permite persoanei dependente să-şi trăiască durerea separării, deschizând calea unei recuperări mai stabile din dependenţă. Imediat după această dramatizare, „împărtăşirea" sentimentelor în grup şi căldura cu care grupul primeşte protagonistul sunt esenţiale pentru a asigura integrarea experienţei care tocmai a fost trăită.

În cadrul psihodramei, dependentul de drog poate face incursiuni în propriul viitor, de unde poate aduce în prezent forţă şi speranţă în procesul de recuperare, se poate confrunta în mod anticipat, într-un mediu sigur, cu situaţii cu risc crescut de recădere, poate exersa noi comportamente şi atitudini.

Dependenţa de drog este o traumă în sine. Haosul, neglijarea, abuzul sau trecerile dramatice de la abstinenţă la stilul de viaţă specific consumatorilor de drog afectează atât dependentul, cât şi pe cei apropiaţi lui, într-un mod profund şi pervaziv. O perioadă lungă de consum afectează gândirea critică, face ca amintirile să fie stocate fără a fi plasate raţional într-un cadru de referinţă şi duce la acumularea de emoţii negative reprimate. Prin psihodramă, trecutul este re-creat în prezent, aspectele trecutului fiind înţelese şi procesate.

Psihodrama este un laborator viu, în care clienţii pot compara diferite seturi de comportamente, pot separa trecutul de prezent şi pot face alegeri conştiente privind cele mai bune direcţii de urmat în procesul recuperării lor.

Psihodrama dă protagonistului ocazia să ***vadă*** conţinutul lumii lui interne, înainte de a i se cere să reflecteze la ea în mod abstract. Este dezvoltată astfel abilitatea de a reflecta asupra propriei persoane, lucru dificil pentru dependenţii care au pierdut accesul la trăirile lor interne.

Eliberarea spontaneităţii ajută la depăşirea blocajelor şi a sentimentelor reprimate, care îşi găsesc drumul către suprafaţă. Un catharsis de abreacţie sau eliberarea directă a furiei sau tristeţii face loc unui catharsis de integrare, prin care sentimentele ajung să fie trăite cu mai puţină intensitate şi mai multă înţelegere. Membrii grupului, martori la acest proces, se identifică în dramele celorlalţi, explorându-le în acelaşi timp pe cele proprii.

Clientul învaţă treptat să tolereze intensitatea unor emoţii puternice într-o atmosferă de siguranţă şi încredere. Încrederea este reconstruită pe măsură ce învaţă să primească sprijin şi să aibă grijă de alţii. Sentimentele până atunci amestecate, cum ar fi sexul şi agresiunea sau dragostea şi umilinţa încep să se separe. Psihodrama ajută clientul să abandoneze treptat sentimentul de neajutorare dobândit în perioada de dependenţă. Readus în centrul propriei lui experienţe şi dobândind puterea de a-şi spune povestea prin acţiune şi cuvinte, el învaţă să-şi moduleze afectele şi comportamentul, să treacă de la o intensitate foarte mare sau o aplatizare a afectelor la o stare mai moderată în care gândul, emoţia şi comportamentul operează ca un întreg mai integrat.

INTERVENȚIA ÎN FAMILIE

Acordarea de suport familiilor dependenţilor de drog

Suportul acordat familiei acoperă o arie larga de activități specifice care au ca scop susținerea acesteia ca factor cheie în procesul de menținere a abstinenței dependentului de drog.

Obținerea şi menținerea stării de abstinență este un proces pe termen lung.Toți autorii sunt de acord ca familia si relaţiile intrafamiliale joacă un rol esenţial. Având in vedere că întregul sistem familial este afectat de dependența de drog a unuia dintre membrii, acordarea de suport este deosebit de importantă. Imbunătățirea relaţiilor intrafamiliale şi interpersonale precum şi o bună funcționare a sistemului pe plan social, financiar sunt condiţii esențiale pentru menținerea progreselor dependentului de drog.

CARE ESTE SCOPUL ACORDĂRII DE SUPORT FAMILIEI

Scopul principal al suportului acordat familiei este de a limita consecințele negative ale consumului de droguri asupra membrilor acesteia si de a stabili modalităţi prin care ei pot susține menținerea abstinenței. Acest lucru presupune reducerea stresului şi asigurarea acestora că nu sunt lăsați singuri să facă față unor situații despre care in general au puține cunostințe.In cele mai multe cazuri sprijinul solicitat este pentru persoana care consumă şi mai puțin pentru cei care o înconjoară şi care sunt direct afectați de consumul acesteia. Susținerea familiei in identificarea propriilor nevoi este esențială pentru ca membrii acesteia să facă față într-un mod eficient consecințelor consumului de drog.

Acordarea de suport familiei poate fi o sarcina dificilă. Uneori aceasta poate avea așteptări nerealiste atât din partea serviciilor specializate cât şi din partea consumatorului, de aceea suportul trebuie sa fie bine structurat, consistent şi să răspundă nevoilor reale ale membrilor familiei. Înțelegerea fenomenului consumului determină scăderea nivelului anxietăţii persoanelor apropiate dependentului de drog care reuşesc astfel să înțeleagă mai bine comportamentul acestuia. Discutarea problemelor în cadrul familiei reduce riscurile apariţiei conflictelor, sporeste şansele ca relaţiile de încredere şi prietenie să se reconstruiască şi dezvoltă capacitatea acesteia de a răspunde într-un mod adecvat nevoilor dependentului de drog.

Prin oferirea de informaţii despre alte servicii , prin extinderea reţelei de suport profesional se reduce izolarea pe care o trăieste familia.

Impactul consumului de drog asupra familiei poate fi localizat în patru arii cheie:

1. sănătate fizica şi psihică

2. viață socială

3. starea materială , integrare profesională

4.relaţii intrafamiliale

1. Sănătatea fizică şi psihică

Starea de stres existentă în familiile persoanelor dependente de drog poate determina apariţia unor suferinţe fizice cu ar fi: zona zoster, ulcere, cresterea tensiunii arteriale precum şi probleme psihologice: depresie, atacuri de panică, anxietate.

De asemenea s-a constatat ca este mai frecvent consumul de alcool, fumatul şi chiar consumul de drog între membrii acesteia.

2.Viaţa socială

Dificultăţile care apar în familiile consumatorului de drog de cele mai multe ori au impact puternic asupra vieţii lor sociale.

Familia se simte stigmatizată, eticheta pe care o poartă , propria "ruşine" duce la creşterea stării de izolare faţă de familia extinsă şi de prieteni.

Cele mai multe familii se confruntă cu următoarele probleme:

- înstrăinare, distanţare faţă de familia extinsă şi prieteni

- frica de a lăsa consumatorul de drog singur în casă

- sentimentul că sunt hărţuiţi

- scăderea interesului şi energiei pentru viaţa socială

3.Starea materială

Starea materială a familiei consumatorului de drog este serios afectată, cauzele principale care duc la o înrăutăţire a statutului material sunt:

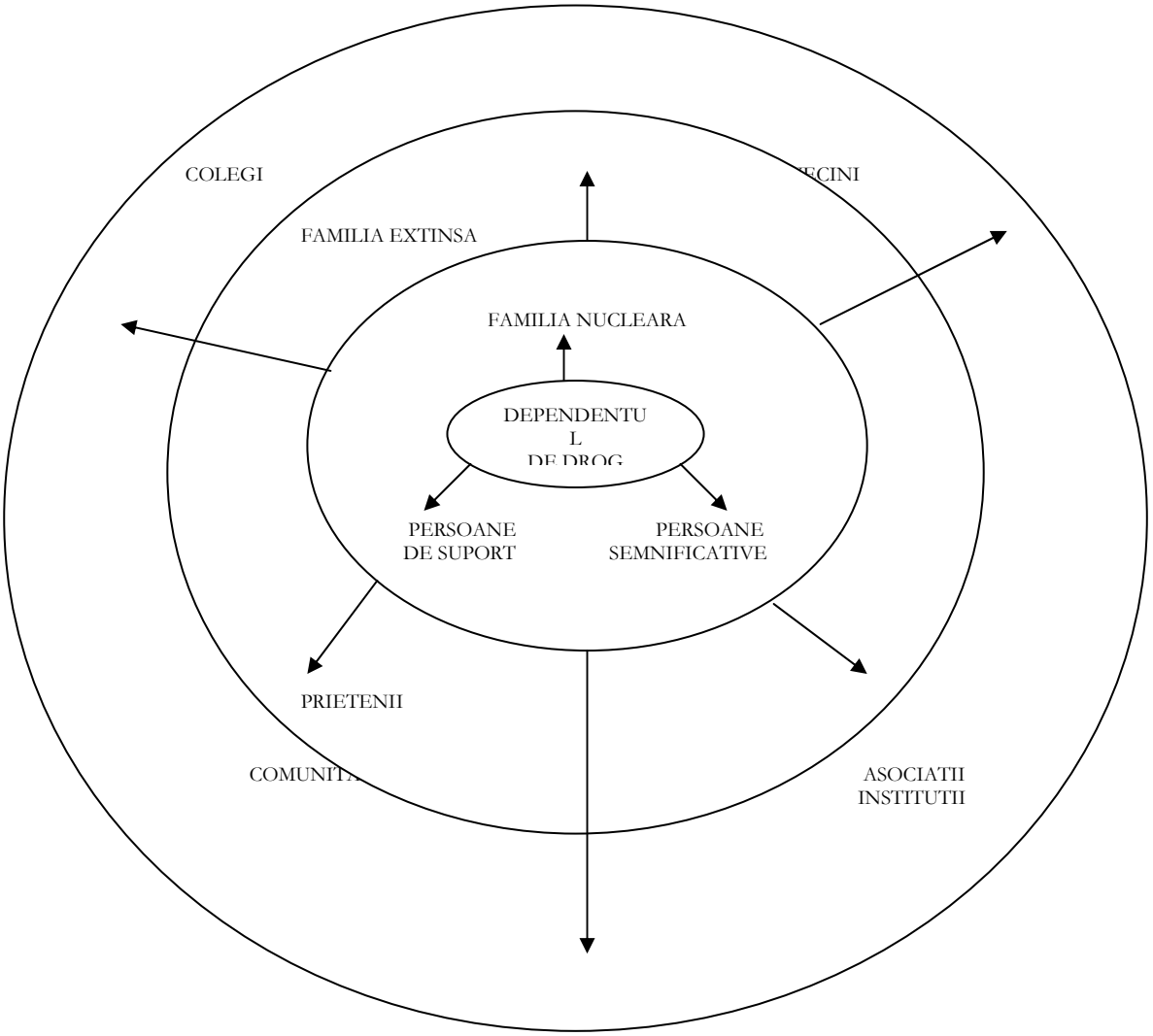
- furtul de bani şi bunuri din casă de către consumatorul de drog

- plata datoriilor acestuia

- costurile tratamentului

Există situaţii în care membrii familiei renunţă la locul de muncă pentru că nu se simt în stare să facă faţă sarcinilor de servici şi stresului de acasă, cauzat de consumul de drog. Au mari dificultăţi de concentrare, acordă mult timp fizic îngrijirii consumatorului de drog, sunt "jenaţi" de colegii de servici care cunosc problemele lor.

SCHEMA: IMPACTUL CONSUMULUI DE DROG ASUPRA FAMILIEI DEPENDENTULUI DE DROG



REACTIVITATEA FAMILIEI

Ca răspuns la consecinţele negative ale consumului de drog membrii familiei pot dezvolta strategii de coping cu efecte negative asupra dependentului de drog. Aceştia pot să treacă printr-o faza in care la început neagă sau refuza ideea ca există o problemă. Unii membrii de asemenea pot să ascundă consumul de drog pentru a proteja restul familiei. În mod frecvent familiile preferă să ascundă problema dependenţei de cei din afara ei datorită sentimentului de ruşine si a stigmatizării. Poate să treacă o perioadă de timp semnificativă până când familia consumatorului de drog ia decizia de a se adresa serviciilor care oferă consiliere, suport.

Orford descrie trei modalităţi principale ale acesteia de a face faţă situaţiei determinate de dependenţa de drog a unui membru al familiei.

Modelul permisiv, tolerant

Membrii familiei închid ochii la consumul de drog al dependentului, îi împrumută bani chiar dacă îl suspectează sau ştiu că-şi cumpără droguri. Orford subliniază că această metodă de coping este asociată cu sentimentul de vinovăţie, neputinţă. Această forma de coping creste foarte rar dezirabilitatea comportamentului neadictiv, dar menţine o anumită stabilitate a familiei, sunt evitate astfel ocaziile în care pot să apară conflicte.

Modelul angajării

Familiile în care se foloseşte acestă modalitate de coping de cele mai multe ori doresc să schimbe comportamentul consumatorului de drog si să-l sprijine în procesul recuperării. Familia se implică direct în procesul de recuperare al dependentului de drog, controlează fiecare mişcare a acestuia, stabileşte întâlniri pentru şedinţele de terapie, are o atitudine protectivă faţă de dependentul de drog. Există o latura pozitivă a acestei modalităţi de abordare a problemei apărute , persoanele apropiate dependentului au sentimentul controlului asupra situaţiei, se simt implicaţi, sunt capabili să-şi exprime emoţiile.

Acest model de coping este direcţionat de dorinţa de rezolvare a problemelor dar poate fi solicitant pentru membrii familiei.

Modelul non-implicării

Familia evită interacţiunile cu dependentul de drog, îl determină pe acesta să suporte singur consecinţele consumului, nu-l salvează din situaţiile problematice determinate de consum. Orford spune că această metodă de coping permite familiei să aibă sentimentul de control şi independenţă faţă de problema consumului. Spre deosebire de celelalte două modele, acesta se concentrează asupra familiei şi nu asupra consumatorului. Beneficiile acestui model constau in faptul ca dependentul îşi asumă responsabilitatea pentru consecinţele consumului.

Impactul pe care îl are consumul de drog asupra membrilor familiei este diferit şi individualizat în funcţie de diferenţele dintre aceştia : sexul, rolul şi poziţia în cadrul familiei, tipul de relaţie pe care o au cu dependentul de drog.

De exemplu:

Părinţii sunt cei care de multe ori află ultimii despre existenţa consumului. În cele mai multe cazuri aflarea acestei veşti le produce un adevărat şoc emoţional. Specialiştii denumesc faza imediat următoare „faza tragedizării", părinţii trăiesc senzaţia că nu există ieşire din situaţie. Acesta este unul din momentele în care familia apelează la serviciile specializate.

Mamele – În urma experieţei sale clinice cu familiile de toxicomani Gianfranco Cecchin identifică atitudinea permisivă a mamelor în legătură cu drogul, asumarea de catre acestea a

rolului de salvator al fiului în relaţie cu tatăl. (Terapia toxicodependenţei-cap V-Relaţii-capcană în familia toxicomanului-Denisa Cristina Stoica)

Stanton si Todd descriu comportamentul mamelor consumatorilor de drog ca fiind simbiotic, extins şi în viaţa mai târzie a tânărului întreţinând astfel dependenţa afectivă a acestuia.

Taţii sunt cei care, de obicei, se exteriorizează cel mai puţin, au dificultăţi în exprimarea sentimentelor şi emoţiilor şi pot dezvolta strategii de coping cum ar fi evitarea, negarea. Acest lucru creste riscul consumului de alcool în rândul taţilor.

De cele mai multe ori mamele sunt cele care se adresează serviciilor pentru acordarea de suport. Există astfel riscul ca suportul acordat să se concentreze mai ales asupra nevoilor mamelor. Nevoile bărbaţilor astfel rămân neidentificate, la aceasta situaţie contribuind numerosi factori:

- mama, sau alt membru al familiei, poate ascunde consumul de drog pentru a evita apariţia conflictelor;

- reacţia unor barbaţi în cadrul familiei poate fi una destul de dură – întreruperea oricărei relaţii cu dependentul de drog – pot apărea astfel conflicte cu ceilalţi membrii ai familiei care cred ca dependentul de drog are nevoie de suport;

Stanton spune că în familiile în care dependentul de drog este băiat, taţii sunt caracterizaţi ca fiind slabi şi ineficienţi. Tatăl şi fiul consumator de drog, în mod frecvent au o relaţie distantă. De multe ori sora consumatorului are o relaţie bună cu tatăl. Pe de altă parte taţii fetelor care consumă droguri sunt caracterizaţi ca fiind indulgenţi şi foarte permisivi cu fiicele lor.

Fraţii şi surorile- În unele cazuri, în familia dependentului de drog atenţia se îndreaptă către acesta, astfel fraţii şi surorile acestuia se pot simţi ignoraţi, se pot izola de restul familiei. Pentru a beneficia de acelasi tratament preferenţial fraţii şi surorile pot adopta un comportament similar cu al dependentului, riscul consumului crescând şi în rândul acestora.

Copiii consumatorului de drog prezintă un risc crescut de a avea dificultăţi în dezvoltarea fizică şi psihică. Acest lucru poate avea drept consecinţă izolarea socială, tulburări de comportament. În multe familii nu sunt stabilite limite clare între roluri, dacă unul sau amândoi părinţii sunt consumatori de drog, atunci frecvent copilul îşi asumă un rol parental. De obicei la aceşti copii pot apărea tulburări în sfera relaţiilor cu egalii (în relaţie cu ceilalţi copii).

Partenerii – în cuplurile în care unul din parteneri este consumator, drogul poate fi privit de către partener ca o „aventură extraconjugală" pe care acesta o tolerează, un pact mutual al evitării şi negării. De multe ori în aceste cupluri există teama că odată ce consumatorul devine abstinent anumite conflicte vor ieşi la suprafată. Aceste conflicte ameninţă structura relaţiei de cuplu. Consumul poate afecta relaţia sexuală cu partenerul neconsumator şi de asemenea poate să reducă implicarea consumatorului de drog în viaţa de zi cu zi şi în luarea deciziilor. În mod frecvent cuplurile în care ambii parteneri consumă au o relaţie foarte stabilă, consumul de drog reprezentând un liant al legăturii dintre cei doi.

În unele cazuri familia funcţionează într-un mod care pare să încurajeze sau să menţină consumul de drog (Madanes). Haley descrie rolul pe care consumul de heroina îl poate avea în familie – în mod particular acolo unde consumul de drog tinde să ţină familia unită. Din aceasta perspectivă apariţia situaţiei de consum în cadrul familiei poate avea ca şi consecinţă distragerea atenţiei faţă de alte conflicte familiale si evitarea separării dependentului de drog de

familie. Este importantă concentrarea asupra patternurilor de comportament care subminează efortul dependentului de a părăsi casa şi de a se separa de familie. Simptome cum ar fi consumul de drog sunt văzute ca întreţinând „homeostazia" sistemului familial. În scopul de a salva consumatorul de drog familia rămâne unită. Atât membrii familiei cât şi consumatorul de drog rămân blocaţi, incapabili să evolueze la un stadiu urmator. Se întâmplă în multe cazuri ca în familiile tinerilor toxicomani să apară fenomenul deturnării de la creştere. Nevoia de creştere a tânărului poate fi sabotată de membrii familiei. În aparenţă această nevoie poate fi satisfăcută în anturajul consumatorilor de drog; aici tânărul trăieşte iluzia unei vieţi independente, un fals sens al separării.

Moduri de reacţie ale familiei la consumul de drog:

a) Negarea – familia neagă că ar exista o problemă, aceasta poate fi un mod de a evita confruntarea ,eficient doar pentru o perioadă scurtă de timp. Negarea pe termen lung duce la acumularea problemelor, acutizarea si înmulţirea lor.

b) Auto învinovăţirea – familia ia asupra ei responsabilitatea situaţiei, părinţii de multe ori se acuză pe ei înşişi pentru consumul de drog al copilului.Familia se considera astfel o parte din problemă mai degrabă dacât o sursă de suport, acest mod de reacţie este extrem de frecvent şi este generator de mari tensiuni.

c) Învinuirea – familia atribuie responsabilitatea situaţiei celorlalţi: grupului, partenerilor consumatorului, specialistilor, pentru nesoluţionarea problemelor. Acest lucru poate determina nemulţumire faţă de instituţiile care oferă suport şi face dificil procesul stabilirii relaţiilor de suport.

d) "Tough love" – familiile pot răspunde prin distanţarea fizică şi emoţională faţă de dependentul de drog . Uneori presiunile familiei asupra dependentului de drog îl determină pe acesta să plece de acasă, să se mute.

Ferreira vorbeşte despre" mitul familiei ideale", în familiile în care accentul nu se pune pe recuperarea toxicomanului, ci pe imaginea familiei. Persoana dependentă nu-şi găseşte locul în scenariul familial şi există un mare risc de eliminare a acestuia „Mai bine pleacă, să nu mai ştiu de el."(Terapia toxicodependenţei-Relaţii capcană în familia toxicomanului pag 221)

e) Kaufman şi Paettson(1998) vorbesc despre modelul funcţional al familiei. În familiile în care nivelul de coeziune şi unitate este mare, membrii acesteia se mobilizează pentru identificarea problemei, găsirea de soluţii şi alternative comportamentale la consumul de drog. În aceste familii se ajunge cel mai uşor la abstinenţă şi aceasta poate fi menţinută. (Dan Prelipceanu- Ghid de tratament in abuzul de substanţe psiho-active-pag 209).Prezenţa acestui tip de familie reprezintă chiar un criteriu de includere a consumatorului într-un program de lunga durată de tip drog zero.

O situaţie specială care apare frecvent este cea a recăderii. Apariţia acestei situaţii poate avea un impact puternic asupra familiei. Experienţa recăderii unui membru al familiei după o perioadă în care ceilalţi au fost martorii progresului lui poate determina apariţia sentimentului că situaţia nu se va schimba niciodată, a inutilităţii procesului terapeutic şi al solicitării serviciilor care oferă suport. Acest lucru poate avea ca efect instalarea stării de stres, reducerea capacităţii de a face faţa situaţiilor tensionate. Este important ca familiile sa fie informate asupra procesului schimbării. Recăderea este mai degrabă una din etapele procesului schimbării decât sfârşitul acestui proces. Suportul familiei in acest caz poate consta şi în oferirea de

informaţii asupra modului în care poate fi redus riscul recăderii, de exemplu identificarea şi evitarea stimulilor care pot fi asociaţi cu consumul de drog.

Ciclul Prochaska şi DiClemente este frecvent folosit în procesul terapeutic al consumatorului de drog. Informarea familiei asupra etapei prin care trece consumatorul în cadrul ciclului sus amintit dezvoltă capacitatea acesteia de a răspunde adecvat la nevoile consumatorului şi de a face faţă dependenţei acestuia. Este importantă susţinerea dependentului de către membrii familiei în trecerea de la precontemplare, contemplare, la acţiune şi menţinerea abstinenţei.

Tipuri de suport

I. Suport emoţional – anxietatea şi stresul pe care familiile şi persoanele de suport îl dezvoltă în relaţia cu dependentul de drog determină apariţia nevoii unui suport consistent atât din partea prietenilor, rudelor cât şi din partea serviciilor specializate. De exemplu: grupuri de suport pentru familie, consiliere pentru familie si persoanele de suport, linii telefonice pentru ajutor (help line).

II. Suport practic – echilibrul familiei este profund afectat în urma impactului consumului de drog. Membrii familiei trebuie să facă faţă perioadei de dezintoxicare a dependentului de drog dar mai ales perioadei de recuperare a acestuia. Aceste evenimente au un impact puternic asupra bunăstării familiei, profesia, situaţia materială, viaţa socială fiind afectate. Exemple de servicii care vin în întâmpinarea acestor nevoi : advocacy, suport din partea grupurilor de egali, măsuri de protecţia copiilor dependenţilor de drog, activitaţi recreative.

III.Informaţii legate de sănătate – este foarte important pentru familie şi persoanele de suport să primească informaţii despre bolile asociate consumului de drog în special asupra consumului intravenos, cum ar fi HIV, hepatită, sifilis.

Având în vedere extinderea fenomenului consumului de drog în România în următorii ani o problema deosebită va fi reprezentată de situaţia copiilor dependenţilor de drog. Studiile calitative realizate de catre Centrul de Cercetare pentru Familie si Relaţii Intrafamiliale al Universităţii din Edinburgh arată că această categorie speciala are nevoie de suport pentru:

- dezvoltarea abilităţilor de a interacţiona (încurajarea interacţiunii interpersonale);
- cresterea stimei de sine;
- dezvoltarea de abilităţi şi strategii de rezolvare a problemelor;
- diminuarea izolării sociale;

Exista situaţii în care copiii, tinerii sunt persoane de suport pentru părinţii dependenţi, asumarea acestui rol putând avea urmatoarele consecinţe:

- apariţia anxietăţii şi grija exagerată pentru persoana care consumă, frica, teama pentru ceea ce s-ar putea întampla;
- izolarea socială fată de grupul de egali;
- reducerea posibilităţilor, şanselor, timpului acordat studiului şi educaţiei proprii;
- reducerea, limitarea oportunitatilor de evolutie pe plan profesional,

- apariţia sentimentului de izolare, stigmatizare;
- afectarea sănătăţii, sărăcie, câştiguri mici.

Exemple de măsuri de suport pentru:

Copiii, tinerii care au grijă de persoanele dependente

1. Existenţa unei persoane cu care să stea de vorbă şi care să-i asculte
2. Asistenţă pentru clarificarea rolului pe care îl au şi ce implică asumarea acestui rol
3. Informaţii despre starea fizică şi psihică a dependentului de drog
4. Informaţii despre servicii, suport si modul în care pot fi accesate
5. Ajutor concret – activităţi recreative, suport.

Taţi:

- Liniile telefonice oferă sansa acestora de a se exprima
- Promovarea ideii de suport pentru taţi, în campaniile de informare, publicitate.

Fraţi, surori

- suport pentru reducerea sentimentului de izolare
- asistare, consiliere pentru a înţelege noua situaţie aparută în familie
- suport pentru implicarea în activităţi sociale şi încurajarea pregătirii educaţionale
- îmbunătăţirea cunoştinţelor, întelegerii fenomenului consumului de drog

Familiile în care a survenit decesul dependentului de drog

Decesul consumatorului de drog poate surveni ca urmare unei supradoze, a unui accident sau ca o consecintă a bolilor somatice asociate consumului.

Membrii familiei pot trăi sentimente de vinovăţie şi resposabilitate legate de faptul că nu au putut preveni moartea dependentului de drog. Părinţii acceptă greu ideea că au supravieţuit decesului copilului lor. Măsuri care pot fi luate:

- identificarea unor persoane de suport;
- accesul la un grup de suport;
- accesul la informaţii privind decesul, consecinţe, aspecte materiale, practice;
- suport acordat pentru copiii dependenţilor de drog care au decedat.

Metode de suport

I. Terapia de familie

Terapia familială are ca obiective sprijinirea familiei în suportul acordat consumatorului de drog, în efortul depus pentru menţinerea abstinenţei acestuia, îmbunătăţirea relaţiilor

interpersonale şi intrafamiliale, acordarea de suport membrilor familiei pentru adoptarea de atitudini adecvate fată de consumatorul de drog.

Modul în care interacţionează membrii familiei cu dependentul de drog poate să fie un factor agravant al situaţiei sau poate să aducă o contribuţie esenţială la rezolvarea problemei.

Scopul intervenţiei în terapia de familie constă în identificarea factorilor care menţin comportamentul de consum şi în modificarea modalitaţilor de interacţiune disfuncţionale între membrii prin încurajarea unei comunicări directe si eficiente. Factorii care trebuie evaluaţi sunt:

- structura de putere din cadrul familiei (cine are cea mai mare influentă, cum este menţinut echilibrul puterii);
- rolurile formale şi informale ale membrilor;
- graniţele interne din cadrul familiei (existenţa alianţelor);
- sistemul regulilor interne după care funcţionează familia;
- patternurile de comunicare existente în familie;
- atitudinile membrilor familiei fata de situaţia creată de consumul de drog.

Schimbarea aspectelor negative ale interacţiunilor dintre membrii familiei trebuie realizată într-un context în care aceştia se pot concentra asupra asupra redefinirii relaţiilor interpersonale. Astfel fiecare membru al familiei poate aprecia care sunt asteptările celorlalţi, diferenţele dintre propriile asteptări şi cele ale celorlalţi membrii ai familiei.

Tipuri de terapie familială

A) Terapia de familie cu adolescenţii consumatori de drog

Factorii familiali pot fi implicaţi în etiologia abuzului de substanţe la adolescenţi. De asemenea, factori individuali, contextuali şi cei care ţin de mediu pot contribui la apariţia comportamentului de consum.

Programele de tratament ale tulburărilor determinate de consumul de drog pot utiliza cu succes terapia de familie pentru adolescenţi şi familiile lor.

La baza acestei forme de terapie stau următoarele teorii:

- Teoria old-style – conform acestei teorii principala cauză a consumului de drog este familia.Având în vedere faptul că în practica terapiei familiale această teorie nu şi-a dovedit valabilitatea, ea nu mai este aplicată.

- Teoria în care accentul se pune pe factorii de risc si ai celor de protecţie. Abordarea familiei presupune reducerea factorilor de risc şi creşterea factorilor de protecţie. Aceasta teorie se foloseşte atât în programele de prevenţia abuzului de substanţe la adolescenţi cât şi în programele de tratament.

- Teoria care presupune abordarea multisistemică, multidimensională a familiei în cadrul procesului terapeutic. Terapia include astfel toţi membrii familiei şi în unele cazuri prietenii.

Conform acestei abordări cei mai importanţi factori care influenţează adolescentul sunt: familia şi grupul de egali, prietenii.

Terapia multisistemică de familie s-a născut în 1930, atunci când cercetătorii sociali au înţeles că membrii familiei sunt părţi ale unui sistem de relaţii interdependente. Atunci când se produce o schimbare la unul din membrii familiei tot restul sistemului este afectat. Din perspectiva sistemică familia este vazută ca un sistem care se află în permanentă schimbare.

Criteriile principale ale teoriei sistemelor sunt:

1) există reciprocitate între legăturile dintre membrii familiei,

2) nu poate fi înţeleasă o parte din familie dacă este privită separat de restul membrilor sistemului,

3) funcţionarea familiei nu poate fi înteleasă integral, doar prin faptul că îl cunoaştem în parte pe fiecare membru,

4) structura familiei şi organizarea ei este factorul determinant şi important al comportamentului membrilor familiei.

Abordarea modernă a acestei teorii presupune tratarea individului ca un subsistem al sistemului familial. Terapia sistemică lucrează cu indivizii în mod separat, părinte, adolescent, cu diade părinte-adolescent etc, cu toată familia ca întreg, cu familia ca sistem care se raportează la alte sisteme.

Abordarea sistemică modernă a familiei consideră că numeroase alte sisteme pe lângă tânăr şi familia lui, sunt ţinta intervenţiilor. Aceste sisteme extinse – şcoala, vecini, grup de egali, se consideră că menţin interacţiunile disfuncţionale din cadrul familiei. De exemplu terapeutul se poate centra asupra sistemului reprezentat de interacţiunile dintre adolescent şi grupul de egali care îl implică pe acesta în acte de delincventă sau asupra sistemului reprezentat de interacţiunile dintre adolescent şi instituţii cum ar fi şcoala,(implicarea adolescentului în activităţile şcolare). Scopul terapiei familiale este de a schimba disfuncţionalităţile în cadrul sistemului familial şi între sistemul familial şi alte sisteme sociale cum ar fi grupul de egali, şcoala.

În ceea ce priveşte aria relaţiilor cu egalii, terapeuţii pot descuraja asocierea cu prieteni delincvenţi şi sprijină stabilirea de sancţiuni parentale.

În cadrul terapiei familiale multisistemice consilierul ajută părinţii să dezvolte strategii pentru controlul şi suportul performanţei şcolare sau îndrumare în vederea alegerii unei meserii.

Ca un alt exemplu, terapeutul în cadrul terapiei sistemice multidimensionale poate identifica şi evalua consecinţele negative asociate cu participarea la aceste sisteme extrafamiliale, cum ar fi fuga de la întâlnirea cu un ofiţer de probaţiune, plimbatul pe străzi cu prietenii la ore târzii din noapte prin locuri unde se vând droguri ilicite.

Terapeutul se poate întâlni cu ofiţerul de probaţiune sau poate cere adolescentului să vină cu un coleg la o sesiune pentru a asculta părerea unui egal.

Terapeutul poate ajuta adolescentul şi familia acestuia să devină conştienţi asupra consecinţelor pe termen lung ale acestor comportamente cum ar fi consecinţele legale ale lipsei de la întâlnirile cu ofiţerul de probaţiune, sau participarea la acţiuni ilegale legate de vânzarea de droguri.

Conducerea acestor tipuri de sesiuni cere abilităţi pentru asigurarea că participanţii la discuţii nu se simt acuzaţi de apariţia problemei prevenind astfel o atitudine defensivă.

Ca şi alte forme de terapie sistemică, aceste forme de terapie se bazează pe cunoaşterea aspectelor legate de evoluţia familiei, a adolescenţilor şi a mediului în care ei trăiesc.

Angajarea familiilor în procesul terapeutic Angajarea adolescentului în terapie este de cele mai multe ori o sarcină dificilă. În multe cazuri adolescenţii nu consideră că dependenţa de drog este o problemă reală. Frecvent sunt aduşi la terapie de către părinţi. Henggler spune că pentru asigurarea succesului tratamentului adolescentului includerea familiei în terapie este o condiţie esenţială.

În cadrul şedinţelor terapeutice membrii familiei învaţă strategii care pot fi aplicate cu adolescenţii acasă, astfel conflictele în cadrul familiei se reduc iar comunicarea devine mult mai eficientă.

Membrii familiei, atât cei tineri cât şi cei mai în vârsta, învaţă cum să se asculte unul pe celălalt şi reuşesc să rezolve conflictele folosind negocierea.

De exemplu în cadrul sesiunilor de terapia familiei, terapeutul poate ajuta adolescentul să înteleagă care sunt cauzele manifestărilor de ostilitate din partea familiei.

Să luăm ca exemplu situaţia în care adolescentul ascultă muzica mult prea tare, iar părinţii sunt supăraţi pe acesta pentru că nu sunt lasaţi să doarmă. Terapeutul, în astfel de situaţii trebuie să întrebe părinţii dacă ei au ascultat vreodată muzica tare atunci când erau adolescenţi, această întrebare ajutându-i să se identifice cu fiul lor. Adolescentul poate fi convins să accepte faptul că el poate să asculte muzica favorită chiar dacă reduce volumul. Apoi se poate ajunge la o înţlegere între parţi, adolescentul acceptă să asculte muzică folosind căştile. Aceasta este o modalitate mult mai productivă a rezolvării conflictului decât părăsirea apartamentului de către adolescent în timpul nopţii ca să poată să asculte muzica aşa cum îşi doreste.

O altă metodă de îmbunătăţire a comunicării între membrii familiei este introducerea conceptului de "EU". Astfel fiecare vorbeşte în nume propriu, accentul este pus pe efectul acţiunii asupra vorbitorului decât pe acţiunea în sine. În loc să spună "tu întodeauna…", un membru al familiei poate spune " Eu mă simt… când tu… pentru că…". Este mult mai uşor să nu fii de acord cu ceea ce face cineva decât să ai o dispută legată de modul în care se simte cineva.

Dezvoltarea abilităţilor de ascultare a celuilalt presupune ca unul din membrii familiei să spună ce a înţeles din ceea ce i-a comunicat celalalt până când cel care a emis mesajul este sigur că a fost înţeles corect.

Un alt scop al terapiei familiei este dezvoltarea abilităţilor părinţilor în depăşirea problemelor specifice vârstei adolescenţei. Părinţii tinerilor care consumă droguri de multe ori adoptă stiluri parentale care agravează micile conflicte, sunt fie permisivi, autoritari sau inconsecvenţi în aplicarea regulilor educaţionale. Părinţii spun de multe ori că „au încercat totul" şi se simt aproape lipsiţi de sperantă în încercarea lor de a îmbunătăţi situaţia. Este rolul terapeutului să ajute parinţii să-şi recapete încrederea şi să-i motiveze pentru a continua să-şi susţină copilul.

Părinţii sunt învăţaţi cum să-şi exercite autoritatea într-un mod mult mai adecvat nevoilor copiilor lor (să-i cunoască prietenii, modul în care îşi petrec timpul liber) cum să stabilească limite (negocierea asupra unui program rezonabil legat de momentele când trebuie să stea acasă, orar, obligaţii familiale), conştientizarea asupra consecinţelor pozitive sau negative ale comportamentelor lor în relaţia cu copiii, reconstruirea relaţiilor emoţionale, participarea la activităţi împreună cu copilul, în afara casei.

Alianţa terapeutică

Alianţa terapeutică între adolescent şi terapeut este o componentă esenţială. Este important pentru terapeut să se străduiască să stabilească o relaţie bazată pe încredere cu adolescentul. Această relaţie este un punct de suport pentru client, o asigurare că sistemul disciplinar al familiei nu blochează cresterea personală a acestuia. Putem vorbi despre o tendintă a familiei de a privi ca „ţap ispăşitor" membrul familiei care a creat probleme şi în consecinţă să ignore nevoile acestuia. O sarcină principală pentru terapeut este să stabilească cu clientul şi cu ceilalţi membrii ai familiei faptul că scopul terapiei este de a susţine clientul în procesul de obţinere şi menţinere a abstinenţei.

Durata procesului terapeutic: este de între 2-6 luni şi se desfasoară pe parcursul a 5 până la 20 sesiuni terapeutice. Acest interval de timp este flexibil în funcţie de dificultatea cazurilor.

MODELUL TERAPIEI DE REŢEA

ROSS SPEACK şi CAROLYN ATTNEAVE au dezvoltat acest model pentru ajutorarea familiilor aflate în criză. Se bazează pe suscitarea şi asamblarea întregii reţele de suport social a familiei respective(rude, prieteni, vecini), incluzând circa 50 de persoane. :

Ce se urmăreşte:

- spargerea modelelor relaţionale distructive
- mobilizarea sprijinului pentru noi optiuni

Sunt utilizate o serie de tehnici de grup şi 6 faze de dezvoltare a procesului terapeutic:

1. Retribalizarea implică recunoasterea şi conştientizarea problemei prezente. Începe cu prima convorbire prin care sunt invitaţi membrii familei să se asambleze şi continuă pe parcursul tuturor întrunirilor.

2. Polarizarea implică activarea poziţiilor aflate în conflict şi în primul rând a conflictelor intergeneraţii.

3. Mobilizarea-în timpul careia sunt desemnate sarcini şi sunt inaugurate iniţiative şi eforturi active de ajutorare a familiei ţintă de către membrii interesaţi ai reţelei.

4. Depresia reţelei care pare să se instaleze în mod regulat după declanşarea entuziasmului general al tuturor.

5. Întreruperea şi epuizarea când eforturile din etapa mobilizării încep să se diminueze.

6. Exaltarea care se resuscită după fiecare întâlnire în timpul careia membrii grupului traversează stări de speranţă şi uşurare. Exaltarea creşte în reţea după fiecare întâlnire reusită.

Desfăşurarea terapiei în reţea – Terapeuţii se întâlnesc cu reţeaua în sedinţe de 2-4 ore în mod specific de 3-6 ori. Sesiunile reţelei produc "efectul de reţea"- un sentiment de conectare şi satisfacţie în grup legat de rezolvarea problemelor altădată coplesitoare. O dată reţeaua realizată, la nevoie există cineva care să solicite şi cineva care să ofere ceea ce duce atât la o coeziune intrareţea cu valenţă terapeutic-suportivă pentru familiile membre cât şi un sentiment de securitate emoţională şi solidaritate. (Iolanda Mitrofan- Cursa cu obstacole a dezvoltării umane-pag 388)

Un model al implicării reţelei sociale în terapie este modelul "intervenţiei" elaborate de Johnson (Edward Kaufman, M.D- Family Therapy)

În această tehnică, familia, (excluzând consumatorul de drog), şi alte persoane semnificative din reţeaua socială-patron, prieteni, vecini etc-sunt cooptaţi să confrunte dependentul de drog,cu îngrijorare dar fără ostilitate, cu efectele negative, distructive ale consumului de drog şi ale comportamentului asociat.

Membrii reţelei sunt consultaţi în prealabil asupra metodelor de tratament urmând ca aceştia să sublinieze dependentului de drog importanţa tratamentului. E important să fie implicaţi cât mai mulţi membrii ai familiei.

Implicarea patronului, a şefului este deosebit de importantă şi de multe ori este suficientă pentru a determina dependentul de drog să participe la tratament. Şeful care condiţionează continuarea angajării dependentului de drog de participarea la tratament este un aliat puternic. Este important ca familia să poată spune: "te iubim, dar pentru că te iubim atât de mult noi nu vom continua să locuim împreună dacă vei continua să consumi. Dacă accepţi tratamentul care ţi se oferă şi continui să stai departe de drog, noi suntem aici"

BERENSON (1979), propune o strategie terapeutică în trei trepte pentru partenerii dependentului de drog sau alţi membrii ai familiei în care există un consumator de drog:

1. linistirea familiei prin explicarea problemelor, soluţiilor, strategiilor de coping.

2. crearea unui suport extern familiei, reţea socială suportivă astfel încât tensiunea emotională nu se acumulează doar în relaţia cu dependentul de drog şi nu este redirecţionată asupra terapeutului. Există doua forme de suport pentru parteneri, Narcanon sau Cocanon group, şi celălalt grup este SO - Alţii Semnificativi (persoane senmnificative) conduse de terapeuţi specializaţi.

Aceste grupuri oferă suport emoţional, detaşarea emoţională a membrilor familiei.

3. Cel de al treilea pas presupune oferirea de trei alternative pentru partenerii consumatorilor:

- continuaţi să faceţi ceea ce faceţi,
- detaşaţi-vă emoţional de pacient,
- separaţi-vă sau distanţaţi-vă fizic de pacient.

În cea de a doua variantă, soţul/soţia este ajutat să obţină autocontrol, detaşare emoţională. Cea de a treia alternativă este mai greu de ales atunci când familia este dependentă emoţional şi financiar de consumatorul de drog.

Contractul iniţial cu familia prevede că partenerul consumatorului de drog continuă tratamentul chiar dacă pacientul renunţă. Alţi membrii ai familiei sunt de asemenea incurajaţi să continue terapia de familie şi să participe la grupurile de suport. Chiar dacă consumatorul de drog nu mai participă la terapie, terapeutul trebuie să fie suportiv în continuare cu membrii familiei.

TERAPIA SCURTĂ DE FAMILIE

Acest tip de terapie poate fi folosită în urmatoarele cazuri:

1. Apariţia unei situaţii problematice în familie care necesită o intervenţie rapidă;

2. Când scopul intervenţiei se centrează pe interacţiunile prezente(nu este necesară o analiză a istoriei familiale);

3.Când se impune educarea familiei privind tulburările asociate consumului de drog;

Modul de desfăşurare al unei sesiuni presupune:

- identificarea problemelor şi a aşteptărilor membrilor familiei privind intervenţia terapeutică. În acest scop terapeutul adresează întrebări deschise participanţilor. De exemplu: "ce ţi-ar place să se întâmple aici?

"care sunt aspectele asupra cărora ai vrea să lucrezi?"

"care este motivul prezenţei tale aici?"

- terapeutul subliniază importanţa participării efective a familiei în cadrul procesului de tratament

- terapeutul, prin intervenţiile sale aduce la lumină divergenţele de opinii ale membrilor familiei

- este stabilită strategia intervenţiei. Unii terapeuţi solicită realizarea "contractului" terapeutic prin care familia se angajează să participe la continuarea tratamentului.

Abordarea familiei este diferită în funcţie de modelul teoretic care stă la baza intervenţiei terapeutice. De exemplu:

1. În terapia centrată pe problemă, accentul se pune încă de la prima şedinţă pe adunarea informaţiilor necesare identificării ariei de intervenţie care asigură producerea schimbării.

2. În terapia eriksoniană prin întrebări specifice terapeutul identifică motivele pentru care pacienţii doresc să se implice în tratament, cum recunosc eficacitatea acestuia şi care sunt considerate a fi inconvenientele atingerii scopului terapeutic. Astfel este testată rezisţenta pacientului şi pot fi descoperite patternuri comportamentale disfuncţionale (ex. comportamentul violent în familie).

3. Terapeuţii care folosesc modelul strategic al Mental Research Institute investighează diversele metode de rezolvare a situaţiei alese de familia dependentului de drog. Având în vedere că aceste încercări nu au dat rezultate, soluţiile alese de familie sunt considerate cauze ale eşecului.

Terapeutul va ţine legătura cu familiile şi după încheierea tratamentului pentru a urmării evoluţia cazurilor. În situaţiile de criză terapeutul poate fi solicitat pentru o noua intervenţie fără a fi necesară o programare prealabila.

În cadrul acestei forme de terapie menționăm Modelul Impactului Multiplu elaborat de Wegscheider-Cruse(1989), care presupune formarea de grupuri de patru sau cinci membrii foşti dependenţi de drog împreună cu familiile lor cu care se lucrează pe durata unui week-end. Scopul intervenţiei este de acordare a suportului necesar menţinerii abstinenţei fostilor consumatori. Sunt reevaluate caracteristicile rolurilor din familie, fiecare membru putându-şi asuma un nou rol(de exemplu cine îsi asuma deciziile privind partea financiara).

Community reinforcement training (CRAFT) – acest gen de terapie a fost folosită şi aplicată la început pentru partenerii persoanelor dependente de alcool, apoi a fost aplicată şi în domeniul consumului de dog. Conceptul de bază a acestei forme de terapie este că membrii familiei, persoanele semnificative din viaţa dependentului de drog joacă un rol deosebit de important în procesul de recuperare al acestuia şi nu sunt responsabile pentru dependenţa de drog a rudei lor.

Elementele cheie ale acestei forme de terapie sunt:

- ideea ca responsabilitatea pentru consum apartine dependentului;
- cresterea motivaţiei partenerului de a participa la terapie;
- susţinerea, încurajarea cuplului în care exista un dependent pentru informarea corecta asupra consecinţelor legate de consumul de drog;
- încurajarea persoanele de suport,membrilor familiei să identifice propriile nevoi şi să răspundă prioritar acestora;
- extinderea activităţilor sociale, vieţii sociale;
- suport în găsirea de activităţi recreative.

Beneficiile CRAFT, în urma unui studiu realizat de Kirby, ar fi:

- reducerea numărului de probleme raportate de membrii familiei, în special legate de aria financiara;
- îmbunătăţirea stării psihice, a dispoziţiei;
- îmbunătăţirea funcţionării familiei pe plan social;
- cresterea stimei de sine, dar nu semnificativ.

Presiunea pentru schimbare

În acest tip de intervenţie partenerul este considerat catalizator al schimbării depentului de drog. Partenerul participă la sesiuni (între 1 şi 6 sesiuni) în care primeşte informaţii legate de :

- procesul schimbării;
- activităţi menite să sustraga dependentul de drog de la consum;

- modalităţi de răspuns ale partenerului dependentului de drog: încurajarea abstinenţei, încurajarea şi suportul acordat consumatorului de drog pentru a căuta sprijin, ajutor specializat;

- implicarea altor persoane în procesul de suport.

Modelul copingului la stres

Acest model de intervenţie a fost elaborat de Universitatea Birmingham şi Bath şi este aplicat pentru prima dată în Anglia de către specialişti din domeniul sănătăţii, medici generalişti.

Conform acestui model terapeutic susţinerea familiei este prioritară implicării dependentului în terapie.

Orford descrie trei modalităţi principale ale familiei de a face faţă dependenţei unei rude: modelul permisiv, tolerant, modelul angajării, modelul non-implicării.

Pe baza studierii acestor trei tipuri de coping la stres s-a construit un instrument numit Stress Coping Health Model (SCHM) . Modelul de intervenţie în care este folosit acest instrument are la bază urmatoarele concepte:

- sa asculţi, să fii suportiv, să explorezi problemele clientului

- să identifici sursele de stres,

- să furnizezi informaţii relevante. O sursă importantă de stres o constituie lipsa informaţiilor legate de drog ,consumul de drog, efectele drogului şi probleme legate de dependenţă. Aceste informaţii trebuie sa fie oferite într-un mod care să nu obosească clientul

- centrare pe acţiunile şi sentimentele membrilor familiei, întărirea reţelei sociale de suport disponibilă,având un rol important în dezvoltarea capacităţii acestora de a face faţă stresului

- discutarea cazurilor, nevoilor identificate, cu specialişti din alte servicii, crearea unei reţele de suport profesionale.

Consilierea

În cadrul şedinţelor de consiliere clientul are ocazia de a-şi explora problemele într-un mediu securizat şi de a fi sprijinit în identificarea celor mai bune modalităţi de a face faţă, a răspunde acestor probleme.

Consilierea se adresează individului, cuplului sau grupului, poate completa alte metode de suport. Obiectivele consilierii sunt : sprijinirea membrilor familiei în rezolvarea problemelor specifice, susţinerea membrilor familiei în luarea deciziilor, în a face faţă situaţiilor de criză, îmbunătăţirea relaţiilor intrafamiliale, rezolvarea conflictelor interioare, dezvoltare personală, clarificare etc

Parenting Skills

Această metodă de suport presupune sprijin acordat părinţilor care se confruntă cu dificultăţi legate de dependenţa de drog a copiilor, adolescentilor.

Este implicată întreaga familie în acest proces, părinţii susţinând schimbarea sau modificarea comportamentului copilului lor. Părinţii sunt instruiţi în sensul dezvoltării abilităţilor de comunicare, dezvoltarea asertivităţii, însuşirii de cunostinţe legate de particularităţile comportamentale ale adolescenţilor, modalităţi de intervenţie în criză, informare asupra surselor de suport existente.

În cadrul acestor programe sunt aduşi împreună părinţi care se confruntă cu probleme asemănătoare, aceştia au ocazia de a-şi împărtăşi experienţele şi de a învăţa noi abilităţi, modalităţi de a face faţă situaţiilor problematice.

Scopul acestei metode:

- creşterea încrederii între membrii familiei
- îmbunătăţirea comunicării între aceştia
- îmbunătăţirea relaţiilor cu familia extinsă şi alte reţele de suport pentru familie.

Liniile telefonice

Scopul acestui serviciu este de a furniza informaţii şi de a acorda suport folosind tehnici de consiliere.

Avantajele unei linii telefonice sunt:

- accesibilitate pentru cei care poate nu au posibilitatea să se deplaseze
- păstrarea anonimatului

Activităţi recreative

Este din ce în ce mai recunoscut faptul că acest tip de metodă de suport este foarte benefică pentru familiile consumatorilor de drog. În multe cazuri concentrarea efortului membrilor familiei pe rezolvarea situaţiei consumului de drog reduce implicarea acestora în alte activităţi. Scopul activităţilor recreative este de a oferi familiilor şi persoanelor de suport oportunitatea de a avea momente de relaxare, antrenarea familiei în activităţi sociale, îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanelor de suport şi a dependenţilor de drog.

Acest gen de activităţi pot fi oferite în urmatoarele moduri :

1. Activităţi furnizate în cadrul unor centre specializate: aici atât persoana de suport cât şi dependentul de drog beneficiază de activităţi de relaxare

2. Activităţi furnizate acasă- acest tip de activităţi permit persoanei de îngrijire să se relaxeze, persoanele de îngrijire sunt înlocuite de un voluntar. Acest lucru poate avea loc pentru o scurtă perioadă de timp sau pentru o perioadă mai lungă cum ar fi un weekend.

3. Activităţi furnizate pentru familii – dependentul este scos din mediul familial, părăseşte casa pentru o perioadă de timp, acest lucru permite membrilor familiei să se relaxeze, să-şi acorde lor această perioadă de timp.

4. Vacanţe- acestea permit familiei să schimbe pentru o perioadă de timp mediul de acasă cu un mediu în care se pot relaxa.

Scopul acestor activităţi este de a oferi familiilor şi persoanelor de suport oportunitatea de a avea momente de relaxare, antrenarea familiei în activităţi sociale, îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanelor de suport şi dependenţilor de drog.

Consiliere socială

Consilierea, poate fi oferită în scopul protejării persoanelor care se simt vulnerabile şi discriminate . Sprijinirea lor pentru recunoaşterea drepturilor pe care le au. Încurajarea exprimării propriilor nevoi şi încurajarea persoanelor dependente în efortul lor de a lua propriile decizii.

Această metodă este recunoscută ca fiind o metodă foarte eficientă pentru persoanele care se confruntă cu probleme pe care le percep ca fiind foarte dificile, informarea, consilierea acestora au ca şi consecintă creşterea sentimentului de control asupra acestor probleme, luarea unor decizii în cunoştinţă de cauză, în calitate de persoane informate.

În cazul dependenţei de drog este susţinut dreptul de a avea acces la tratament, servicii de suport.

De multe ori familiie celor care consumă droguri se confruntă cu sentimente de autoînvinovăţire, iar acest lucru poate avea ca efect reducerea energiei de a lupta pentru drepturile pe care le au.

Scopurile consilierii sociale sunt: furnizarea de informaţii, creşterea stimei de sine a membrilor familiei şi a dependentului de drog, promovarea ideii de respectarea drepturilor, libertăţii şi demnităţii persoanelor din categorii vulnerabile, supuse discriminării, suport acordat în vederea accesului la servicii specializate pentru persoanele dependente de drog şi familiilor acestora.

BEFRIENDING SAU SUPORTUL DIN PARTEA EGALILOR

Această metodă este destinată persoanelor care se simt excluse, izolate social. Cei care oferă acest tip de suport sunt persoane care lucrează sub forma de voluntariat şi care au trăit o experinţă asemanatoare.

Familiile spun că este mult mai uşor să împărtăşeşti propria experienţă, emoţii , sentimente asociate cu aceasta experienţă cu cineva care a trecut printr-o situaţie asemănătoare.

Pentru a fi eficientă o astfel de metodă este necesar ca aceasta să fie percepută ca o experienţă pozitivă atât de către cei care oferă servicii cât şi de cei care le oferă.

O astfel de metodă trebuie să fie bine structurată, bine gândită, să se ghideze dupa linii directoare, să respecte standarde de calitate ale practicii în domeniu.

Obiectivele acestei metode de suport sunt :

1. reducerea izolării familiilor, indivizilor, a efectelor negative asociate izolării
2. creşterea stimei de sine şi a încrederii în sine

3. dezvoltarea reţelei de suport

4. dezvoltarea unor metode de coping eficiente

DEZVOLTAREA UNOR MODALITĂTI DE COPING EFICIENT

Există mai multe modalităţi prin care persoanele din familiile dependenţilor de drog pot fi sprijinite în dezvoltarea unor modalităţi de coping adecvate.

Stresul şi anxietatea sunt factori cu care se confruntă familiile consumatorilor de drog, acest lucru are un impact puternic asupra sănătăţii fizice şi psihice a membrilor familiei.

Managementul stresului în acest context se referă la abilitatea individului de a face faţă presiunii de zi cu zi determinată de dependenţa la drog a unui membru al familiei. Printre tehnicile folosite în cadrul acestei metode sunt incluse: reducerea presiunii, întărirea metodelor de coping adecvate, identificarea şi folosirea resurselor disponibile.Unele dintre cele mai comune semne ale stresului sunt: schimbări ale dispoziţiei, afecţiuni dermatologice, tensiuni musculare, tulburări de somn, stimă de sine scăzută, anxietate, oboseală, scăderea capacităţii de concentrare, tulburări alimentare, scăderea capacităţii de memorare. Stresul prelungit pe o perioadă lungă de timp poate afecta serios sănătatea fizică şi psihică.

Creşterea asertivităţii are ca şi consecinţă dezvoltarea capacităţii de a face faţă eficient situaţiei determinate de consumul de drog.

Aici pot fi incluse terapiile complementare- tehnici de relaxare, yoga, reiki, exerciţii de respiraţie, masaj, aromoterapie, tai chi, acupunctură, reflexologie etc. Unele grupuri de suport pentru familii folosesc aceste tehnici în cadrul întâlnirilor obişnuite.

Alte activităţi utile: artterapia, dramaterapia, terapia prin muzică, fotografia, activităţi în aer liber, sport, excursii, vizite.

EDUCAŢIA ŞI INFORMAREA

Pentru familiile în care a apărut consumul de drog, a înţelege ce s-a întâmplat şi de ce este una dintre cele mai mari probleme la care acestea trebuie să facă faţă. Persoana care consumă se schimbă în mod dramatic, atât fizic cât şi comportamental. Iniţial înţelegerea fenomenului consumului de droguri de către familii poate fi limitată. Multe informaţii provin din surse cum ar fi mass media. De multe ori aceste informaţii pot fi prezentate în mod greşit, acest lucru poate avea efecte negative asupra familiilor.

De asemenea lipsa informaţiilor reduce considerabil capacitatea părinţilor şi a familiei de a face faţa problemelor apărute în cadrul familiei.

Accesul la informaţii ajută familia să obţină o mai bună înţelegere asupra consecinţelor consumului de drog asupra întregii familii.

Alte informaţii relevante pentru familii şi persoanele de suport:

1. informaţii legate de sănătate

2. drepturile familiei şi ale persoanelor de suport
3. informaţii legate de legislaţie
4. alte surse de sprijin

Informaţiile pot fi furnizate în urmatoarele forme:

1. informaţii scrise
2. informaţii transmise verbal
3. informaţii pe casete video
4. în şedinţele individuale
5. transmise în cadrul grupurilor
6. pe internet

Este eficient pentru familii dacă informaţiile furnizate pot fi însoţite şi de discuţii clarificatoare.

Furnizarea informaţiilor pe internet prezintă următoarele avantaje:

1. Accesul la informaţie este permanent şi pentru toată lumea
2. Se pastrează anonimatul beneficiarilor
3. Informaţiile sunt mereu cele de ultimă oră

Informaţiile şi educaţia au ca scop: pregătirea familiei pentru a lua decizii, a face alegeri în cunostintă de cauză, informaţi fiind se reduce riscul manipulării membrilor familiei de către consumator , întelegerea efectelor consumului dezvoltă capacitatea familiei de a face faţă stresului asociat cu situaţia de consum şi reduce riscul apariţiei bolilor asociate.

GRUPURI PENTRU SUPORT FAMILIAL

O definiţie a grupului de suport familial ar putea fi următoarea: un grup format din membrii care au in comun dificultăţi, probleme cărora trebuie să le facă faţă în viaţa de zi cu zi, consecinţe ale consumului de droguri, boli asociate (HIV /Sida, hepatita B,C, sifilis), tulburări mentale, tulburări de comportament.

LOCKLEY spunea că pentru persoanele care sunt supuse unui stres puternic a sta de vorbă cu cineva poate fi de mare folos, aceste grupuri oferă oportunitatea acestora de a se exprima în cadrul grupului. Atunci când participă pentru prima dată la acest grup de multe ori membrii familiei se pot simţi izolaţi, tulburaţi, stânjeniţi şi într-o anumită măsură se învinovăţesc pentru dificultăţile prin care trece familia. Frica de a fi judecat poate avea ca ,şi consecinţă evitarea solicitării sprijinului dar clientul se poate simţi în siguranţă atunci când interacţionează cu persoane care au trecut prin experienţe asemănătoare.

Grupul de suport pentru familie spriijină membrii în efortul de a defini situaţiile în care se află şi permite observarea modului în care ceilalţi membrii fac faţă consecinţelor consumului de drog. Astfel membrii grupului realizează că nu sunt singuri, astfel se reduce sentimentul responsabilităţii pentru dificultăţile apărute.

Motivele participării familiilor la grupurile de suport pot fi următoarele:

1. pentru a reduce izolarea

2. pentru îmbogăţirea cunostinţelor despre drog şi despre mecanismele de coping legate de consumul de drog în cadrul familiei

3. pentru a împărtăşi experientele personale în cadrul grupului

4. pentru a avea un moment de relaxare

5. lobby şi campanie pentru dezvoltarea ariei de suport pentru consumatorul de drog si familia acestuia.

Scopul principal al grupului de suport familial este de a oferi sprijin pentru fiecare membru al grupului care se confruntă cu dificultăţi legate de dependenţa de drog a unei rude.

Suportul şi informaţiile oferite de alte persoane care au trecut prin situaţii similare constituie specificul grupului de suport familial. Suportul acordat în cadrul acestui grup are ca scop:

1 o mai bună întelegere a fenomenului consumului de drog şi a efectelor acestuia asupra indivizilor

2 îmbunătăţirea stării de sănătate fizică şi psihică prin reducerea stresului şi identificarea celor mai adecvate modalităţi de a face faţă situaţiilor stresante

3 diminuarea stării de izolare şi a responsabilităţii pe care o simte membrul familiei faţă de apariţia situaţiei de consum, responsabilizarea consumatorului de drog pentru problemele legate de consumul de drog.

Participarea la grupurile de suport poate schimba atitudinile, modalităţile de răspuns ale membrilor familiei la problemele care le afectează viaţa. Acest lucru de obicei creşte stabilitatea familiei dar poate să conducă şi la o destabilizare a echilibrului familial, mai ales în primele faze ale schimbării.

Printre avantajele participării la acest gen de grupuri, amintim:

1.Membrii grupului devin parte a vocii colective.Acest lucru oferă membrilor grupului încredere în propriile forţe, sentimentul apartenenţei şi curajul de a obţine informaţii şi de a aborda probleme pe care singuri n-ar fi avut curajul să le abordeze.

2. Indivizii în cadrul grupului nu se simt judecaţi, toţi ceilalţi membrii ai grupului se confruntă cu situaţii similare, astfel membrii grupului reuşesc să se exprime intr-un mediu securizant.

3 .Membrii obţin informaţii despre fenomenul consumului de droguri şi astfel scade riscul posibilităţii manipulării acestora- membrii familiei înţeleg mai bine problemele legate de consumul de drog, dependenţa, tulburări de comportament. Dependenţa de drog este de multe ori acompaniată de tendinţa consumatorului de a manipula pentru a obţine drogul.

4.Reducerea posibilităţii membrilor de a deveni dependenţi de relaţia cu o singură persoană – în cadrul grupului se construieşte o reţea de suport, fiecare membru al grupului este o sursa de suport pentru ceilalţi.

5.Reducerea stării de stres- împărtăşirea informaţiilor şi a experienţei în cadrul grupului scade anxietatea membrilor grupului şi sentimentul de izolare, membrii grupului devin astfel mai capabili să-şi evalueze propriile nevoi.

6.Dezvoltarea unor modalităţi de coping adecvate- fiecare membru al grupului are posibilitatea de a exprima care sunt strategiile de coping la situaţia provocată de consumul de drog şi astfel devin mai evidente avantajele şi dezavantajele fiecărei strategii adoptate.

7.Dezvoltarea capacităţii membrilor grupului de a face faţă în mod eficient dificultăţilor, problemelor care apar in viata lor, prin dobandirea de noi cunostinte, dezvoltarea de noi abilitati, cresterea stimei de sine.

8. Dezvoltarea capacităţii de a acorda suport, de a asculta. Membrii grupului pot dezvolta de asemenea abilităţi organizaţionale de conducere a grupului.

9.Îmbunătăţirea comunicării cu ceilalţi membrii ai familiei- clarificarea problemelor în cadrul grupului poate ajuta membrii familiei să-şi îmbunătăţească modul de comunicare în cadrul familiei.

Este important de subliniat faptul că acordarea de suport poate avea un impact pozitiv sau negativ asupra membrilor grupului, suportul oferit cu cele mai bune intenţii poate uneori să aibă consecinţe negative asupra acestora. De exemplu :

1. posibilitatea cresterii anxietăţii si a sentimentului de disperare între membrii grupului atunci când îi ascultă pe ceilalţi
2. frica legată de faptul că îşi pierd anonimatul
3. sentimentul că nu eşti ascultat în cadrul grupului sau că propria experienţă este desconsiderată în cadrul grupului

Avantaje

1. Asigurarea principiului conform căruia fiecare membru al grupului este egal cu ceilalţi
2. Susţinerea din partea grupului în perioadele dificile
3. Faptul că există o persoană care îşi asumă responsabilitatea pentru conducerea grupului

Mediatorul îşi mentine o pozitie neutră, o poziţie care-i permite formarea unei păreri obiective, asigurând astfel functionarea grupului în mod constructiv.

Tipul de suport oferit în cadrul grupului diferă în funcţie de nevoile şi particularităţile membrilor grupului – unii pot avea dificultăţi în exprimarea emoţiilor dar se simt mult mai confortabil atunci când primesc informaţii şi suport în rezolvarea unei probleme. Acest lucru sugerează faptul că acordarea de suport trebuie să fie un proces flexibil.

Fundamental în cadrul grupului este faptul că membrii acestuia trebuie să fie activi atât în ceea ce priveşte primirea cât şi acordarea de suport celorlalţi membrii. Dacă acest lucru nu se întâmplă atunci există riscul ca unii dintre ei să se simta exploataţi, nedreptăţiţi de ceilalţi, să trăiască sentimentul că nevoile lor nu sunt recunoscute in cadrul grupului.

Grupurile de suport familial pot să fie de diferite tipuri în funcţie de obiectivele propuse în cadrul grupului- grup de suport, grup care îşi propune realizarea de campanii, lobby pentru dezvoltarea serviciilor destinate dependenţilor de drog.

Grupurile pot fi deschise, grupuri în care sunt primiţi noi membri sau grupuri închise, întâlnirile acestor grupuri au loc într-o anumită perioadă de timp şi membrii grupului sunt

evaluati înaintea includerii în grup. Unele grupuri functionează după un program foarte bine stabilit, structurat ,altele functionează după un program mult mai flexibil.

În formarea grupului este important să avem în vedere specificul problemelor fiecărui membru al grupului.

De exemplu o mamă al carei fiu de 14 ani a consumat ocazional drog poate simţi o anxietate crescută dacă în grup s-ar afla o altă mamă al cărei fiu a ajuns aproape la supradoză datorită consumului de heroină, un bărbat s-ar putea simti inconfortabil într-un grup în care sunt doar femei.

În funcţie de modul în care sunt conduse grupurile există două categorii de grupuri:

I. Grupul de auto-ajutor, grup care este condus de membrii grupului:

Avantajele participării la acest grup sunt

- membrii pot dezvolta noi abilităţi şi deprinderi
- nu există nici o intervenţie "profesionistă"
- este dezvoltată autonomia membrilor grupului
- membrii grupului se simt astfel responsabilizaţi

Dezavantaje : - responsabilitatea pentru buna funcţionare a grupului poate să revină doar unora dintre membrii grupului

-apariţia unor experienţe negative poate creşte anxietatea în cadrul grupului,

II. Grupul în care există mediator, acesta se asigură că sunt respectate regulile în cadrul grupului, că fiecare membru al grupului are spatiul său pentru exprimare.

În cadrul acestui grup mediatorul este cel care se asigură că nu se stăruie prea mult asupra anumitor probleme.

- se ocupă de activitaţile organizatorice

-susţine membrii grupului în procesul de identificare a propriilor nevoi şi a resurselor personale

- asigură respectarea egalităţii fiecărui membru în cadrul grupului
- susţine grupul în momente dificile

Dezavantaje: Mediatorul poate fi privit cu neâncredere de membrii grupului ca o persoană "din afară" care nu poate să înţeleagă cu adevărat problemele ridicate de dependenţa de drog

Membrii grupului pot fi îngrijoraţi de posibilitatea nerespectării confidenţialităţii.

Membrii grupului pot avea senzaţia că sunt controlaţi de mediator.

Avantaje

Asigurarea principiului coform căruia fiecare membru este egal în cadrul grupului.

Susţinerea din partea grupului în perioade dificile, momente delicate.

Faptul că există o persoană care îşi asumă responsabilitatea pentru conducerea grupului.

Mediatorul îşi menţine o poziţie neutră, o poziţie care-i permite formarea unei păreri obiective asigurând astfel functionarea grupului în mod constructiv.

Exemple- FAMILIILE ANONIME

Este un grup de auto-ajutor bazat pe principiile grupurilor Narcoticii Anonimi. Acest tip de grup a fost adaptat pentru a răspunde nevoilor familiilor afectate de consumul de drog al unei rude. Grupul functionează dupa metoda numită 12 Paşi, se adresează prietenilor, rudelor persoanelor consumatoare de droguri.

Grupul de suport familial POILLOCK

Acest grup a început să functioneze începând cu anul 1997 în Scoţia şi este susţinut de lucrătorii sociali ai comunităţii şi de SERVICIUL DE ASISTENTĂ SOCIALĂ .

Caracteristici ale acestui grup

Părerea fiecărui membru al grupului este foarte importantă în luarea deciziilor majore.

Întâlnirile grupului au loc săptămânal, iar numărul de participanţi variază de la 10 la 14 persoane . Activităţile grupului sunt bazate în special pe discuţii iar programul este foarte flexibil, temele propuse pentru discuţii sunt diverse şi pot fi propuse de către membrii .De exemplu, dacă unul dintre membrii doreşte să obţină informaţii specifice legate de sănătate , este invitat un specialist care poate să vorbescă despre boli asociate cum ar fi Hepatita B, C, HIV/SIDA. În cadrul acestui grup este important ca toţi membrii să fie implicaţi în activităţi, fiecare este responsabilizat , are de indeplinit o sarcina, astfel toţi sunt puternic motivaţi să participe.

Alte servicii oferite : - linii telefonice- Help line

- consiliere socială, juridică , psihologică
- posibilităţi de petrecere a timpului liber, activităţi recreative

Multe grupuri oferă o gamă largă de servicii care pot fi oferite în afara sesiunilor de grup: informare, vizite în inchisoare, vizite acasă, activităţi recreative, suport în cadrul procesului terapeutic, consiliere, training, linii telefonice –helpline, managenentul stresului, terapii alternative etc.

Exemplu- Asociatia grupurilor de suport familial Glasgow- furnizează o gamă largă de servicii pentru familii, persoane de suport :- oferă servicii pentru grupurile de bunici, foşti consumatori de drog, familii în care consumatorul a decedat.

- servicii de consiliere
- servicii de helpline
- art terapie

- consiliere pentru cei aflaţi în inchisoare

MĂSURI DE REABILITARE SI REINSERŢIE SOCIALĂ ÎN ROMÂNIA

Abuzul de droguri şi consecinţele acestuia reprezintă una dintre principalele probleme ale societăţii europene actuale şi, fară îndoiala,una dintre marile probleme ale marilor oraşe. Dependenţa de droguri este un fenomen de mare anvergură prin caracterul său multifactorial, dinamic, schimbător, care afectează toate grupele de vârstă , dar predominant pe cea a tinerilor. Deoarece problematica fenomenului consumului de droguri este relativ nouă în România , iar serviciile adresate consumatorilor de droguri sunt puţine la număr si lipsite de coerentă, măsurile de reabilitare si reintegrare socială a acestei categorii de populatie marginalizate sunt aproape inexistente.

Serviciile cu adresabilitate către aceasta categorie sunt preponderent medicale şi nu acoperă decât un segment din cadrul lanţului terapeutic pe care ar trebui să-l parcurgă un toxicodependent.

Printre **cauzele** care conduc la acestă situaţie enumeram:

- lipsa unor programe coerente aplicate de toate structurile statului implicate;
- reacţia populatiei privind consumul de droguri este mult mai agresivă şi mult mai puţin toleranţă decât în cazul consumului de alcool, în consectinţă riscul marginalizarii sociale a acestor persoane este mult mai mare;
- existenţa unui numar relativ mic de programe de reabilitare şi reintegrare socială pentru acestă categorie aflată in situaţie de risc;
- inexistenta unor structuri /servicii specializate şi lipsa de continuitate a serviciilor ;
- lipsa de informare a populaţiei despre consecinţele consumului de droguri şi riscurile asociate consumului (boli asociate –HIV/SIDA, hepatita B, C, sifilis);
- criminalitatea si prostitutia;
- blocaje ale instituţiilor de justiţie;
- sărăcia care determină apariţia unui număr mare de categorii sociale defavorizate care sunt mai expuse riscului de a consuma droguri (homeless, tineri care părăsesc instituţiile de protecţie, etc)

Serviciile de reabilitare si reintegrare socială presupun aplicarea unui complex de măsuri psiho-socio-medicale care au ca finalitate dobândirea acelor abilitaţi de viată pentru integrarea în societate. Acest proces presupune alternarea unor intervenţii specifice, în scopul de a atinge o stare cât mai bună de sănătate si bunăstare. În majoritatea cazurilor, abordarea therapeutică a

unei persoane dependente de droguri necesită coordonarea diferitelor mijloace de asistentă în mod secvenţial şi simultan. Astfel se poate spune că, fiecare element al sistemului este un factor necesar,dar nu suficient, al unui proces terapeutic complex care presupune lucrul într-o reţea de suport pentru dependentul de droguri.

Deşi reprezintă un segment important în etapele lanţului terapeutic, aceste servicii sunt aproape **inexistente** in Romania. Majoritatea demersurilor pentru combaterea consumului de droguri sunt axate pe activităţi de prevenire , tratament psihologic si medical, fară iniţierea unor activităţi ce ar viza reabilitarea lor socială.

Pentru furnizarea unor astfel de servicii este necesară ***crearea unei reţele de furinizori de servicii în domeniul integrării si reintegrării sociale*** a persoanelor afectate de consumul de droguri.

Aceşti furnizori pot fi instituţii publice locale , dar şi organizaţii nonguvernamentale care desfasoară activităţi în domeniu. Ceea ce este absolut necesar de realizat pentru a asigura succesul demersului terapeutic este integrarea serviciilor medicale cu cele sociale şi unificarea programelor în vederea unei viziuni coerente de furnizare de servicii în acest domeniu.

Acest fapt este necesar având în vedere complexul de factori care determină consumul de droguri, dar şi caracteristicile psihologice, medicale si sociale ale utilizatorilor de droguri.

Definirea termenilor:

Reabilitare – totalitatea strategiilor integrate al căror obiectiv principal este scoaterea utilizatorului din cultura drogurilor şi readucerea acestuia în modalitatea de viată a majorităţii sau a dezvoltării unui stil de viaţă alternativ celui al utilizatorilor de droguri;

Reintegrare- procesul de integrare a unei persoane în societate, ca cetăţean responsabil şi autonom şi conform cu dreptul la acces social egal al tuturor indivizilor;

Reteaua de asistenta sociala pentru persoanele afectate de consumul de droguri - institutii cheie in Romania

Atunci când un tânăr dependent de droguri a luat decizia de a renunţa la consum şi de a urma o cură de dezintoxicare, după perioada de spitalizare care are drept scop eliminarea drogului din organism, persoana afectată de consumul de droguri este externată în familie şi se reîntoarce în mediul său de viaţă cu potenţial de risc de consum.

El nu este preluat de nici o instituţie care să sprijine prin diferite servicii de consiliere, terapie şi activităţi de reintegrare socială , decizia lui de a renunţa la drog.

Această fragmentare a serviciilor si absentţa continuitaătii lor are drept consecinţă recăderea şi menţinerea persoanei aflate în situaţie de risc de marginalizare socială în cultura consumului de droguri.

Astfel de cazuri, sunt numeroase şi absenta intervenţiei socio-medicale integrate determină supralicitarea serviciilor de asistenţă socială prin creşterea numărului de tineri şomeri, creşterea fenomenului infracţionalităţii, a sărăciei, etc.

Aceste fenomen al consumului de droguri care apare la nivelul unei societăţi necesită programe diverse si specifice de intervenţie, mai mult trebuie să raspundă unor intrebari legate de reuşita demersului de recuperare:

-Dacă demersurile legate de reintegrarea socială a consumatorului trebuie să înceapă în timpul tratamentului sau la sfârsitul acestei perioade?

-Care sunt metodele prin care poate fi legată perioada de tratament cu educaţia , instruirea si angajarea în câmpul muncii?

-Care este reacţia, răspunsul comunităţii la problema consumatorilor de droguri încarceraţi? Cum poate fi prevenită problema excluderii sociale a acestora?

-Care sunt problemele apărute în cadrul familiei ce pot constitui bariere în reintegrarea socială?

-Care este modul în care politicile sociale guvernamentale pot susţine reintegrarea socială a persoanelor dependente de droguri?

Deşi nu este un fenomen extrem de vizibil la nivelul societăţii, consumul şi traficul de droguri ia amploare, iar structurile statului trebuie să fie pregătite pentru a face faţă unui nou fenomen social cu consecinţe grave la nivelul societăţii în ansamblul ei.

Crearea urgentă a unor structuri, servicii specializate care să raspundă nevoilor acestei categorii de populatie la risc de marginalizare socială este absolut necesară.

Deşi demersurile pentru crearea unor astfel de servicii sunt complexe(statutul lor, regulamentele de funcţionare, accreditări , competenţe, etc) şi necesită perioade relativ mari de timp pentru a deveni funcţionale, ele trebuie demarate şi implementate.

Intervenţia socială trebuie să vizeze patru arii cheie:

- Educaţie
- Familie
- Profesie
- Sănătate

Aceste activităţi au fost deja iniţiate de către Agenţia Naţională Antidrog care a structurat şsi definit circuitul terapeutic al sistemului de asistenţă medicală şi reintegrare socială pentru persoanele toxico-dependente necesare pentru crearea unei reţele ample, diversificate şi profesionalizate, care să ofere o asistenţă adecvată şi care să încorporeze toate structurile terapeutice specifice şi să delimiteze atribuţiile fiecăreia.

Agenţia Naţională Antidrog a elaborat deja o Stategie Naţională Antidrog în care sunt implicate toate instituţiile statului care desfaşoară activităţi în domeniul prevenirii, tratamentului şi combaterii consumului şi traficului de droguri.

Colaborarea dintre instituţiile statului şi colaborarea dintre acestea şi organizaţiile neguvernamentale este extrem de importantă pentru crearea unei reţele funcţionale în furnizarea de servicii de reabilitare şi reintegrare socială a persoanelor afectate de consumul de droguri, iar aceasta a fost deja iniţiată.

Agenţia Naţională Antidrog

- Centre de Prevenire şi Consilire Antidrog-oferă servicii de prevenire şi consiliere pentru persoanele afectate de consumul de droguri la nivelul comunităţilor arondate territorial acestora.

Deşi la nivelul fiecărui judeţ au fost create structuri **– Centre de Prevenire şi Consilire Antidrog-**care furnizează servicii pentru persoanele afectate de consumul de droguri, acestea acoperă doar anumite etape din lanţul terapeutic, în special activitatea de prevenire .

Ministerul Sanatatii- reprezinta institutia care ofera servicii care acopera primele etape ale lantului tarapeutic si care initiaza procesul de recuperare si reabilitare sociala prin:

1. Sectiile de dezintoxicare
2. Centre post-cura in regim rezidential Tratament pentru boli somatice associate consumului;
3. Programe de menţinerepe tratament substitutive , în vererea reducerii riscului asociat consumului
4. Diagnostic şi tratament pentru boli psihiatrice associate consumului
5. Diagnostic şI tratament pentru boli somatice soaciate consumului
6. Activitati de promovarea sanatatii si prevenţie primară;

Ministerul Educaţiei şi Cercetării –asigură ,prin furnizarea de programe de prevenire şi programe educaţionale specifice desfăşurate în şcoli , dar şi comunitate ,conştientizarea asupra consecinţelor negative ale consumului de droguri

- Activităţi de prevenire şi informare pentru promovarea sanătăţii prin consilierii şcolari;

Ministerul Muncii , Solidarităţii Sociale şi Familiei – reprezintă o veriga extrem de importantă în reinserţia socio-profesională a persoanelor dependente de consumul de droguri. Promovarea incluziunii sociale şi a accesului egal pe piaţa muncii grupează acţiuni care soluţionează necesitatea creşterii participării pe piaţa muncii a forţei de muncă din rândul grupurilor dezavantajate, prin programe specifice domeniilor de intervenţie de tip Equal. Acţiunile vizate se vor adresa grupurilor dezavantajate pe piaţa muncii şi supuse riscului major de marginalizare socială

- Agenţiile Municipale de Ocupare si Formare Profesională sprijină reinserţia professională a persoaneor aflate în dificultate în baza Legii Marginalizării Sociale -116/2001

Integrarea pe piaţa muncii a persoanelor dependentede droguri şi monitorizarea progreselor pe care acesta le realizează în cadrul noului rol asumat (cel de angajat)

sunt condiţii esenţiale pentru asigurarea reintegrării sociale.

Primarii şi Consilii Judeţene

1. Direcţiile de Asistenţă Socială (judeţene şi municipale) prin Direcţiile de Protecţie a Drepturilor Copilului

- Servicii de Sprijin şi Suport Familial care accordă suport material şi finaciar familiilor şi persoanelor sărace, în cazul de faţă persoanelor afectate de consumul de droguri ;

- Serviciul de Delincvenţă Juvenilă care furnizează servicii de consiliere juridică şi măsuri de protecţie socială specifice minorilor care se află în situaţie de dificultate datorită consumului de droguri

- Centrele maternale – sunt servicii ca oferă protecţie socială în cazul mamelor consumatoare de droguri , cu situaţie socială precară; în cele mai multe cazuri, consumul de drog al mamei afectează direct nou-născutul care are nevoie de asistenţă medicală specializată;

2. La nivelul Primariilor în baza Legii 416/2002 a venitului mimim garantat, persoanele aflate în dificultate pot beneficia de suport financiar

Ministerul Justiţiei- sprijină reintegrarea socială a persoanelor afectate de consumul de droguri prin:

- Serviciul de Reintegrare Socială şi Supraveghere;

Deoarece consumul de droguri presupune costuri ridicate pentru utilizatorii de droguri, săvârşesc infracţini (furturi, tâlhării, etc) cu scopul de a-şi procura drogul. Tendinţa de a comite infracţiuni de furt pentru procurarea drogurilor reprezintă una din consecinţele consumului. Susţinerea activităţilor de reabilitare şi reintegrare socială a persoanelor afectate de consumul de droguri se realizează prin: activităţi de suport juridic, social, psihologic, medical şi prin activităţi de mediere cu alte autorităţi publice şi organizaţii nonguvernamentale

- Direcţia Generală a Penitenciarelor- derulează activităţi de reducerea riscurilor asociate consumului de droguri;

Ministerul de Interne- prin activităţile desfăşurate de poliţie contribuie la reducerea ofertei de droguri , asigurând si servicii de consiliere si orientare catre instituţii specializate ale consumatorilor identificaţi;

Ministerul Tineretului şi Sportului – sprijină dezvoltarea de programe alternative de petrecere a timpului liber prin intermediul programelor de infiinţare a centrelor de tineret şi prin activităţi de prevenire a consumului si abuzului de droguri;

Scopul acestor centre este de a oferi soluţii alternative la consumul de drog.

Organizaţiile neguvernamentale- furnizează servicii specifice pentru toate etapele lanţului terapeutic necesare recuperării unei persoane afectate de consumul de droguri, dupa cum urmează:

- Activităţi de conştientizare a tinerilor si comunităţii în ansamblul ei cu privire la efectele negative ale consumului de droguri –informare, educare;

- Activităţi de reducere a comportamentelor cu risc asociate consumului de droguri injectabile (outreach, centre de zi, centre de consiliere)

- Activităţi de consiliere, tratament si reintegrare socială pentru persoanele afectate de droguri centre de zi post-cura ambulatorii;
- Centre de zi post-cura in regim ambulatoriu
- Activităţi de formare de specialişti în domeniu;

Mass-media-oferă informare, educaţie si prevenţie primară

(Vezi schema reinserţie sociala- anexa)

SCHEMA : Premizele crearii retelei de reintegrare sociala a persoanelor dependente de droguri –institutii cheie in Romania

CUM LUCRĂM NOI

(UN MODEL DE POSTCURĂ AMBULATORIE)

Începând cu anul 2003, Fundaţia de Îngrijiri Comunitare a înfiinţat un Centru de postcură ambulatorie, cu scopul oferirii de suport psiho-socio-medical persoanelor dependente de droguri care au urmat o cură de dezintoxicare, în vederea asigurării continuităţii serviciilor de tratament si reintegrării lor sociale .

Criterii de selecţie

În acest program pot fi incluse persoanele care se încadrează în criteriile de selecţie ale unui program de tip drog zero, având ca obiectiv abstinenţa totală:

- au urmat o cură de dezintoxicare ;
- au un nivel mic sau mediu al dependenţei;
- au o motivaţie puternică pentru abstinenţă;
- au vârsta cuprinsă între 14- 30 ani;

Informarea şi preluarea beneficiarilor

Pentru a veni în întâmpinarea persoanelor toxicodependente, echipa terapeutică efectuează vizite periodice în cadrul Secţiei XVI de dezintoxicare a Spitalului Al. Obregia.

Cu această ocazie, se urmăreşte stabilirea unui prim contact cu pacienţii, aceştia fiind informaţi despre serviciile oferite de către Centru, precum şi despre importanţa urmării tratamentului de postcură în menţinerea abstinenţei.

Aceste demersuri suplinesc atribuţiile care ar trebui să revină unui « Centru de evaluare », respectiv a unui « manager de caz », care ar avea rolul de a evalua, informa, orienta clientul şi de a monitoriza evoluţia acestuia, pe parcursul procesului de recuperare. Menţionăm că Strategia Naţională Antidrog prevede înfiinţarea unor astfel de centre.

Astfel, în momentul internării, atât pacienţii, cât şi persoanele de suport, sunt informaţi şi ajutaţi să conştientizeze faptul că, dezintoxicarea este doar o primă etapă în procesul de recuperare. Ea este departe de a fi sinonimă cu vindecarea, aşa cum consideră majoritatea consumatorilor. Pentru prevenirea recăderilor, care din păcate reprezintă regula, programul de postcură, de lungă durată, este indispensabil. În acest sens, atunci când este posibil, primele şedinţe de consiliere cu persoanele de suport au loc încă din perioada spitalizării. Acest demers creşte semnificativ şansele intrării tânărului toxicodependent în programul de postcură, imediat după terminarea curei de dezintoxicare.

Evaluarea iniţială

Încă din perioada de spitalizare, persoanele care intenţionează să intre în programul centrului sunt evaluate prin:

- interviu motivaţional
- chestionarului Europ-ASI, în vederea determinării nivelului de dependenţă

- anchetă socială (acolo unde este posibil)

După terminarea curei de dezintoxicare, clientul este programat pentru terapia de postcură.

Intervenţia

Serviciile oferite în cadrul programului de postcură sunt:

- tratament medical de postcură
- tratamentul bolilor asociate consumului de drog
- psihoterapie individuală şi de grup
- consiliere familială
- consiliere şcolară şi vocaţională, orientare profesională
- informarea familiei şi persoanei dependente cu privire la fenomenul dependenţei şi riscurilor asociate consumului
- medierea cu instituţiile implicate în reintegrarea socială a persoanei dependente

În cadrul Centrului, clientul este în primul rând evaluat din punct de vedere medical, psihologic şi social de către echipa terapeutică, alcătuită din medic, psiholog şi asistent social. În urma acestei evaluări sunt identificate aspectele care vor abordate cu prioritate în tratament. Împreună cu clientul se realizează un plan terapeutic, cu obiective clare şi realiste.

Echipa centrului este coordonată de către un ***medic psihiatru***, care monitorizează evoluţia cazurilor.

Medicul generalist efectuează examinări medicale periodice, recomandă tratament medical pentru bolile somatice asociate, mediază efectuarea unor investigaţii de laborator şi testarea metaboliţilor opiaceelor în urină.

Psihologul susţine sesiuni de consiliere sau terapie individuală şi de grup, centrându-se pe problematica prevenirii recăderii, a modificării stilului de viaţă şi dezvoltarea personală. În acest sens, sunt identificaţi stimulii de mare risc şi situaţiile cu risc crescut de recădere şi sunt dezvoltate abilităţi de coping adecvate. Demersurile de dezvoltare personală vizează clarificarea sistemului de valori, depăşirea sentimentelor de vinovăţie asociate perioadei de consum, creşterea toleranţei la frustrare şi a capacităţii de a-şi controla emoţiile şi comportamentul, crearea de abilităţi relaţiaţionale, câştigarea autonomiei personale etc.

Asistentul social are rolul de a menţine legătura cu persoanele de suport (familie, prieteni). Desfăşoară şedinţe de consiliere cu acestea, în vederea formării unei atitudini optime în relaţia cu persoana dependentă, în scopul de a susţine decizia acestuia de a renunţa la drog. Totodată, desfăşoară activităţi de mediere cu instituţiile guvernamentale şi neguvernamentale cu abilităţi in domeniu, în vederea reintegrării socio-profesionale a acelor persoane care sunt marginalizate din punct de vedere social. În acest sens, identifică instituţii-resursă, stabileşte contacte şi parteneriate, construind o reţea instituţională de suport pentru această categorie de beneficiari.

Atât psihologul, cât şi asistentul social, organizeaza şedinte de consiliere familială la care participă şi clientul .

Pentru fiecare client în parte se stabileşte o echipă formată din psiholog, medic şi asistent social. Dintre aceştia este ales, în funcţie de nevoile prioritare cuprinse în planul terapeutic , un

manager de caz . Acesta are rolul de a monitoriza evoluţia cazului şi de a modifica, după caz, strategiile de intervenţie.

Membrii fiecărei echipe de caz sunt informaţi permanent în legătură cu demersurile şi rezultatele obţinute în lucrul cu clientul. Fiecare membru al echipei poate solicita managerului de caz organizarea unei şedinţe, ori de câte ori apar modificări semnificative în situaţia clientului.

Specialiştii din cadrul centrului participă la şedinţe săptămânale, în vederea evaluării periodice a evoluţiei clienţilor , identificării progreselor obţinute şi a modalităţilor de depăşire a dificultăţilor întâmpinate în tratament .

De asemenea, o dată la 3 luni sau de câte ori este nevoie, clientul este reevaluat, în vederea determinării progreselor obţinute în tratament.

Una dintre principalele probleme cu care se confruntă personalul centrului este dificultatea menţinerii pe termen lung a clienţilor în program.

De multe ori aceştia părăsesc programul fie după primele succese obţinute în lupta cu tentatiile, fie ca urmare a unei „alunecări".

Din acest motiv, în primele săptămâni se acordă o atenţie specială construirii unei relaţii terapeutice şi a unui cadru în care clientul să ştie că poate fi ascultat, că este acceptat cu părţile sale bune şi rele, că nu este judecat sau învinovăţit şi că este respectat ca fiinţă umană.

O parte din clienţii care abandonează tratamentul revin după o vreme. Aceasta se datorează, în mare măsură, menţinerii unei legături constante cu persoanele de suport. Se ştie că orice alunecare devine un stimul de risc pentru recădere. Cu ajutorul terapeutului, ea se poate transforma într-o experienţă utilă, ce poate favoriza obţinerea ulterioară a abstinenţei depline.

Prezentam în continuare, modul în care s-a lucrat cu doi dintre beneficiarii integraţi în programul nostru de postcură în urmă cu câteva luni, care au realizat progrese semnificative şi în prezent se menţin abstinenţi.

STUDIU DE CAZ 1

Evaluare

P.A. în vârstă de 26 ani dependent de heroină s-a prezentat pe data de 17.02.2004 pentru internare la secţia 16 dezintoxicare a spitalului Al. Obregia.

Echipa terapeutică FIC (Fundaţia de Îngrijiri Comunitare) s-a deplasat în cadrul secţiei 16 pentru stabilirea unui prim contact cu clientul şi pentru evaluarea lui. A fost evaluat din punct de vedere biologic, psihologic, social şi legal prin aplicarea EUROP-ASI cu următoarele rezultate:

P.A. este dependent de heroină de 4 ani (2 ani a fumat, 3 luni a inhalat "la folie", 2 ani şi-a administrat intravenos). Are 2 tentative de dezintoxicare în antecedente, urmate de întoarcerea în acelaşi mediu de viaţă şi de perioade scurte de abstinenţă. Nu a avut supradoze, nu are boli somatice sau psihice asociate. Provine dintr-o familie funcţională (relaţii armonioase cu părinţii, sora şi rudele), este integrat profesional (absolvent a 12 clase, lucrează ca instalator

împreună cu tatăl şi unchiul său). De asemenea P.A. este implicat într-o relaţie de cuplu de 4 ani şi jumătate, relaţie tensionată în prezent datorită consumului de drog. Din punct de vedere legal P.A. are în desfăşurare 2 procese pentru furt (a furat pentru a face rost de bani pentru drog).

Scorul EUROP-ASI – 5, arată un nivel mediu al dependenţei, încadrându-se în criteriile de selecţie ale programului drog zero.

Aplicând balanţa motivaţională, discutând despre avantajele şi dezavantajele consumului, am observat că motivaţia P.A. pentru menţinerea abstinenţei este autentică (doreşte sincer să renunţe la consum pentru da o şansă relaţiei cu prietena lui).

Dezintoxicare

Urmând cura de dezintoxicare nonsubstitutivă (17.02.2004-12.03.2004) în cadrul secţiei 16, simptomatologia de sevraj a fost cu uşurinţă depăşită. Având experienţa precedentelor recăderi care surveniseră invariabil după 1-4 luni de abstinenţă, atunci când considerase că dependenţa psihică este uşor de depăşit fără nici un ajutor, P.A. acceptă cu bucurie propunerea de a fi inclus în programul de terapie de postcură ambulatorie.

Postcura

Pe data de 15.03.2004 P.A. s-a prezentat la FIC împreună cu familia (părinţii şi prietena) unde a fost din nou evaluat bio-psiho-social de către echipa therapeutică alcătuită din medic, psiholog şi asistent social. Monitorizarea metaboliţilor opiaceelor în urină confirmă abstinenţa. Evaluarea psiho-socială indică motivaţia solidă de menţinere a abstinenţei şi nivelul bun de inserţie socială.

I s-au propus şedinţe bisăptămânale de terapie individuală, familială şi terapie de cuplu.

Punctul de plecare al şedinţelor terapeutice a fost reprezentat de identificarea şi formularea corespunzătoare a problemelor lui P.A. cu participarea activă a persoanelor de suport (familie, parteneră de cuplu, grup de prieteni).

Terapia individuală a fost de tip cognitiv comportamental având drept principal obiectiv identificarea stimulilor şi a situaţiilor de risc crescut şi dezvoltarea abilităţilor necesare pentru a le face faţă.

Terapeutul împreună cu pacientul au încercat identificarea celor mai frecvente situaţii care au determinat recăderile anterioare. P.A. a identificat drept un potenţial pericol în primul rând grupul de prieteni consumatori care au generozitatea de a oferi o primă doză gratuită dar şi petrecerile (debutul consumului în discotecă)sau situaţiile conflictuale cu prietena şi familia.

Odată clarificate situaţiile de risc terapeutul împreună cu clientul au încercat schiţarea unor modalităţi de coping, eficiente care au fost exersate şi în temele pentru acasă.

Datorită importanţei pe care P.A. o acordă relaţiei cu partenera sa, terapia de cuplu a ocupat în mod firesc un rol central, cu obiectivul de a diminua tensiunile de cuplu.

Este de subliniat disponibilitatea prietenei sale de a-ţi nuanţa comportamentul şi de a face eforturi cu scopul de a-l susţine.

Pacientul a fost învăţat să întocmească un jurnal al craving-urilor în care să înregistreze momentele în care s-a confruntat cu pofta de drog, factorii declanşatori, gândurile şi sentimentele şi strategiile aplicate pentru a rezista tentaţiei.

Jurnalul craving-urilor pacientului P.A.

Iată câteva momente:

Prietena doreşte să se despartă de el afirmând că nu mai are încredere în el. S-a simţit trist, părăsit, înşelat, neînţeles tocmai în momentul în care făcea eforturi pentru abstinenţă. A gândit că nimeni nu-l iubeşte, nu-l înţelege, că o doză de drog l-ar putea ajuta să treacă mai uşor peste această stare. Nevoia de a consuma, pofta era din ce în ce mai puternică. A reuşit să depăşească craving-ul gândindu-se în primul rând la familie, la cât ar putea aceştia să sufere .

La următoarea şedinţă terapeutică a simţit nevoia să discute despre problematica de cuplu ca potențială situaţie de risc crescut pentru consum.

Un alt moment cu un mare potenţial de risc, poate şi cel mai dificil este acela în care s-a întâlnit cu un prieten consumator care s-a oferit "să-i facă cinste cu o doză". "La început am simţit furnicături în tot corpul şi brusc mi-am amintit de cum consumam, ceva îmi spunea să mă duc să trag, parcă aveam un drăcuşor pe umăr care mă îndemna şi îmi spunea du-te, du-te, du-te...". Mă gândeam că am fost pus în faţa acelui obstacol care trebuia să se întâmple odată şi odată. Dar am stat şi cu ochii la bila pe care o aveam în mână şi mi-am amintit că pentru droguri am pierdut ceea ce aveam mai preţios, prietena mea. Totuşi pacientul s-a dus cu consumatorul în scara blocului cu gândul de a se injecta. "Am preparat marfa, i-am făcut prietenului o jumătate de doză, cealaltă jumătate oprind-o pentru mine". Acest moment a generat o stare de anxietate mare, o luptă puternică între dorinţa de a se droga şi gândul că o nouă doză ar putea reprezenta începutul unei recăderi. "Am avut puterea să mă opresc la timp dintr-o situaţie care putea fi fatală, dacă trăgeam atunci, acum sunt sigur că o luam de la capăt. Dar am zis că nu-mi fac şi am plecat. Aveam un bon de masă şi mi-am cumpărat 5 beri pentru a depăşi mai uşor dorinţa de a consuma".

La următoarea şedinţă therapeutică clientul era deosebit de bucuros pentru că reuşise să depăşească această situaţie critică. A fost încurajat şi felicitat pentru abilitatea sa de a face faţă riscului recăderii, discutându-se despre o posibilă viitoare situaţie şi despre modalităţi de a face faţă şi de a spune NU.

De asemenea în cadrul terapiei de familie s-au abordat subiecte legate de situaţiile de risc crescut, implicarea activă a familiei în procesul terapeutic. S-a discutat despre cele două momente prezentate, subliniind evoluţia şi progresele clientului.

La un interval scurt de timp P.A. se întâlneşte cu un prieten consumator de heroină care îi oferă "marfă". "Am simţit că sunt sigur pe mine şi nimic nu mă poate determina să fac ceea ce am făcut înainte şi i-am spus să mă lase în pace. Am plecat unde aveam treabă, dar pe drum am stat şi m-am gândit la ceea ce am făcut şi consider că am făcut exact ce trebuia şi ce trebuie să fac mereu. Am plecat pe un drum şi sunt hotărât să merg până la capăt şi nu mă voi abate din acest drum pe care am pornit".

În această situaţie clientul s-a simtit în siguranţă reuşind să aplice abilităţile dezvoltate în cadrul şedinţelor terapeutice.

Clientul a fost evaluat după 3 luni de terapie de postcură: relaţia de cuplu s-a destrămat, dar el îşi menţine abstinenţa, merge la servici, este integrat în familie, are un cerc de prieteni neconsumatori.

În prezent clientul este abstinent de 5 luni urmând în continuare programul de postcură.

STUDIU DE CAZ 2

S.A., în vârstă de 21 de ani, dependent de heroină s-a prezentat la sediul FIC pe data de 25 februarie 2004, solicitând suport pentru menţinerea stării de abstinenţă.

În cadrul primelor şedinţe, echipa terapeutică a FIC a realizat o primă evaluare a cazului din punct de vedere medical, psihologic, social. Cu ajutorul EUROPASI s-a evaluat gradul de dependenţă al clientului.

Istoricul consumului:

S.A. a început să consume heroină la vârsta de 18 ani , a continuat consumul pe o perioadă de timp de trei ani (consuma împreună cu soţia lui). Modul de administrare al drogului a fost nazal şi la ţigară. S.A. spune că a încercat în repetate rânduri să renunţe la drog, dar în acest sens nu a urmat nici un tratament de dezintoxicare şi nici nu a apelat la servicii de specialitate. Cea mai lungă perioadă de abstinenţă a fost de 3 luni. Momentul in care S.A. a hotărât să renunţe la drog a avut loc cu două luni înaintea deciziei de a se prezenta la FIC.

S.A. a perceput consumul ca pe o perioadă de pierdere a controlului, fiind convins că nu va mai consuma niciodată.

Circumstanţele complexe care au dus la consum ţin atât de gradul de maturitate al clientului în momentul debutului (în adolescenţă, în perioada „rebelă"), cât şi de modelul atitudinal şi comportamental al tatălui (libertin, hippy, promovând o libertate ce implică uneori ignorarea normelor sociale general acceptate).

S.A. nu doar a adoptat modelul tatălui, ci l-a şi idealizat, găsind în acest model şi o justificare pentru perioada de consum. De altfel, la începutul programului, clientul încerca să atribuie prietenilor şi mai ales fostei sale soţii responsabilitatea consumului de drog.

Per ansamblu, clientul pare dezorientat, fuge de sine, accesându-şi cu dificultate propriile sentimente. Pe de altă parte, îşi simte aproape părinţii şi fratele în această luptă (deşi, la început nu recunoaşte importanţa sprijinului lor).

Date semnificative despre istoricul personal al clientului

S.A. s-a căsătorit cu puţin înaintea absolvirii liceului, moment care coincide cu părăsirea domiciliului părinţilor şi cu începutul consumului. În perioada în care a fost căsătorit, S.A. a păstrat legătura cu părinţii, vizitându-i periodic şi solicitându-le suportul financiar.

O vreme a lucrat ca asistent veterinar la un cabinet particular .

Din dorinţa de a câştiga bani, a fost plecat peste graniţă, unde a continuat să consume heroină şi alte droguri (marijuana, haşiş).

Momentul în care S.A. s-a decis să se reîntoarcă la domiciliul părinţilor şi să renunţe la drog a fost acela în care a fost părăsit de fosta soţie. Părinţii şi fratele clientului au avut o puternică influenţă asupra hotărârii acestuia de a căuta suport specializat.

CONSILIEREA INDIVIDUALA:

Clientului i s-au propus sesiuni bi-săptămînale de consiliere individuală. În cadrul sesiunilor, am pornit de la identificarea atitudinii clientului faţă de consum, a motivaţiei lui pentru abstinenţă şi a paşilor care trebuie urmaţi în tratament.

Sistemul de menţinere a abstinenţei stabilit de familie, împreună cu beneficiarul s-a dovedit a fi eficient. Clientul este permanent însoţit de fratele său. Are, de asemenea, doi prieteni neconsumatori, cu care îşi poate petrece timpul şi îşi ajută tatăl în munca sa. Toate acestea au o mare importanţă în procesul recuperării, clientul reuşind să fie activ, (să nu se plictisească), relaţionându-se cu ne-consumatori şi modificându-şi sfera de interese.

Dată fiind situaţia acestui client, sprijinul familiei, şcolarizarea, abilităţile sociale de care dispunea înainte de debutul consumului, sesiunile individuale s-au centrat în special pe următoarele aspecte:

- îmbunătăţirea imaginii de sine
- creşterea accesului la propriile sentimente
- stabilirea „graniţelor" în relaţiile cu alţii semnificativi
- clarificarea şi detensionarea relaţiilor legate de perioada de consum (mai ales cu fosta soţie)
- clarificarea sistemului de valori
- recâştigarea, treptată a autonomiei personale.

În acest sens, am utilizat atât tehnici clasice, de consiliere, ajutând clientul să-şi spună povestea şi să dea un nume sentimentelor lui, cât şi tehnici psihodramatice, cum ar fi inversiunea de rol, dublul, oglinda, solilocviul. Astfel, S.A. a avut ocazia să le spună părinţilor lui acele lucruri pe care nu le-a spus niciodată, eliberându-se de sentimentele de vinovăţie; s-a putut vedea prin ochii fratelui său, învăţând să aprecieze implicarea sa în a-l susţine; a putut avea o ultimă discuţie cu soţia lui, care a plecat pe neaşteptate şi căreia nu apucase să-i spună tot ceea ce simţea; a început să aprecieze caracterul „mai cumpătat" al vieţii pe care o duce acum, alături de familia sa; a realizat că, în afară de „bani", valorizează verticalitatea, capacitatea de „a fi pe picioarele lui", prietenia. Căutându-şi un loc de muncă, a realizat că este important nu doar salariul, ci şi plăcerea în sine de a face ceva anume.

FAMILIA:

Intervenţia în familie a constat în vizite la domiciliul clientului, şedinţe de consiliere cu părinţii şi fratele clientului.

Obiectivul principal al consilierii persoanelor de suport a fost creşterea motivaţiei acestora pentru susţinerea clientului în procesul de menţinere a abstinenţei, precum şi acordarea de sprijin membrilor familiei pentru a putea face faţă într-un mod adecvat situaţiei determinate de dependenţa de drog a clientului.

În acest sens au fost identificate patternurile de comunicare între membrii familiei, atitudinea faţă de client şi faţă de consumul acestuia, structura puterii în cadrul familiei, rolurile formale şi informale ale membrilor, aspectele disfuncţionale ale interacţiunii dintre membrii familiei.

Atitudinea familiei (părinţi, frate) faţă de beneficiar este **suportivă,** membrii acesteia se implică direct şi încurajează abstinenţa lui S.A. Conform clasificării realizate de Orford, această familie corespunde **modelului angajarii.**

Părinţii sunt foarte interesaţi ca fiul lor să-şi menţină abstinenţa şi în acest sens îi acordă suport emoţional şi material, se poate afirma chiar că au tendinţa să controleze fiecare mişcare a acestuia.

Părinţii susţin că au aflat târziu despre consumul fiului lor. I**mpactul veştii** asupra apariţiei situaţiei de consum a fost puternic, dar nu a generat ceea ce se numeşte **fenomenul tragedizării**, (fenomen care determină un blocaj în familie, membrii acesteia sunt copleşiti de vestea că o persoană dragă lor este dependentă de drog şi sunt disperaţi, incapabili să întrezărească o ieşire din situaţie). Reacţia părinţilor a fost mai degrabă una constructivă orientată spre găsirea de soluţii.

Condiţiile de viaţă ale familiei nu sunt optime. Ca urmare a cheltuielilor mari legate de întreţinerea unei rude cu diagnostic psihiatric sever, părinţii au fost nevoiţi să vândă imobilul unde locuiau şi să se mute în casa acestuia . Casa nu are utilităţile necesare unui trai decent, apă curentă, gaz. O mare parte a resurselor familiei este consumată pentru a putea face faţă stresului zilnic cauzat de această situaţie. Ca urmare, fratele mai mic este desemnat "supraveghetor" al lui S.A..

Toţi membrii susţin ideea unităţii, coeziunii familiei şi a respectării valorilor familiale. Ca o consecinţă a consumului clientului putem vorbi despre apariţia sentimentului de **stigmatizare** între membrii familiei. Fratele clientului exprimă foarte clar acest lucru: "A afectat imaginea întregii familii, au fost afectaţi mama, tata, chiar şi câinele."

Particularitati ale relatiilor intrafamiliale:

Deşi stilul parental al tatălui este permisiv, laissez-faire (" Tata venea de multe ori la şcoală şi ne acoperea când aveam probleme") copiii recunosc autoritatea tatălui. Fratele clientului spune: "Dacă tata mi-ar spune să stau drepţi trei zile, aş sta." Este considerat un model demn de urmat in viaţă de către cei doi băieţi.

Un aspect important identificat a fost atitudinea permisivă a tatălui faţă de consumul de alcool. Acest pattern comportamental a fost adoptat de cei doi băieţi, care consumă aproape zilnic alcool.

Mama este cea care este "formatorul de reguli", cea care impune sistemul disciplinar al familiei. Este descrisă de copii ca fiind rigidă: "Mama e cu reguli, nu înţelege ce se întamplă, nu poţi să discuţi cu ea."

Potrivit teoriei lui Wegsheider care vorbeşte despre rolurile de supravieţuire în familiile în care există un tânăr dependent de drog, se observă în această familie conturarea clară a rolului de "ţap ispăşitor" şi de "salvator, erou". Mezinul familiei, care a fost eclipsat de fratele mai mare până acum, devine salvatorul acestuia. Este responsabilizat cu supravegherea fratelui. Rolul de ţap ispăşitor este jucat de copilul dependent de drog, care a dezamăgit familia şi care „trebuie adus pe calea cea buna".

În cadrul şedinţelor de consiliere cu fratele clientului am observat atitudinea ambivalentă a acestuia faţă de rolul asumat. Acesta exprima nemulţumirea legată de faptul că toate preocupările lui se concentrează doar asupra fratelui: "Îl simt ca pe o povară, m-am săturat să stau mereu numai după el. Îmi vine să mă sui pe pereţi."

În acelaşi timp, fratele apară acest rol: "M-am angajat să fac acest lucru, îl duc până la capăt. Dacă fratele meu s-ar apuca din nou de drog m-aş simţi responsabil, ar însemna că nu mi-am

îndeplinit misiunea." Părea încântat de puterea pe care o oferă acest rol. Exista riscul blocării în acest rol şi a sabotării inconştiente a progreselor clientului. În acest sens, în cadrul şedinţelor de consilere s-a realizat explorarea unor modalităţi de coping eficiente pentru susţinerea dependentului de drog în menţinerea stării de abstinenţă. S-a subliniat importanţa rolului persoanei de suport pentru încurajarea dezvoltării autonomiei persoanei dependente, importanţa implicării acesteia în activităţi concrete, care dezvoltă simţul responsabilităţii. Au fost sondate avantajele şi dezavantajele unei astfel de atitudini, atât pentru persoana dependentă, cât şi pentru persoana de suport. De asemenea, s-a accentuat ideea conform căreia dependentul de drog este singurul responsabil pentru faptele sale.

În prezent, S.A. s-a angajat, împreună cu fratele său. Este în continuare abstinent (de 8 luni). Nu mai urmează programul centrului, dar menţinem contactul telefonic.

Bibliografie

1) Akers R.L.; Krohn N.D.; Lanza-Kaduce L.; Radosevich L.: "Social learning and deviant behavior: a specific test of a general theory", Am. Sociol. Rev., 44, 636-55, 1979
2) American Psychiatric Association - MINI DSM IV, "Critères diagnostiques" (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996
3) Bailly D. ; Prevost S. ; Revillon J.J. ; Piquet J.M. ; Fontaine. B. ; Villez M. ; Gastambide M. : "La répartition des rôles entre spécialistes et non spécialistes dans la prise en change des toxicomanes. Interventions", 1985, no hors serie Journées Nationales, Lille, 42-3, 1984
4) Bailly D. ; Parquet Oh.J. : "Conduite a tenir devant un sujet consommateur de drogues lors de la première consultation", NPN Médecine, 162, 97-103, 1990
5) Bailly D. ; Parquet Ph.J. ; Muller P.H. : "L'usager de drogues : un malade ou delinquant ? A propos de l'injection thérapeutique", J.Med. Legale – Droit Med, 33, 53-6, 1990
6) Bailly D.: "Epidemiologie de L'alcoolisme et de la toxicomanie". In : Rouillon F., Lepine J.P., Terra J.L. eds, Epidemiologie Psychiatrique, Paris, Ed. J.P. Goureeau – IEEP, p 197-210, 1995
7) Bandura, A.: „Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", Psychological Review 84(2):191-215, 1977
8) Bandura, A.: "Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory", Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986
9) Barry Kristen Lawon: "Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse", DHHS PUblications NO.03-3810, 2003
10) Beck A.; Wright F.; Newman C: "Cognitive Therapy of Substance Abuse", The Guilford Press, London 1993
11) Bergeret J. : "Le toxicomane et ses environnements", Paris, INSERM/PUF, 1980
12) Bertschy G. : "Pratique des traitements a la méthadone ", Paris, Masson, 1995
13) Boria, Giovanni: „Psihodrama Clasica", Editura Franco Angeli, Milano, Italia, 1997
14) Bouvet O. ; Olie J.P. ; Laqueille X. : "Le sevrage du toxicomane en ambulatoire. Moins confortable et moins efficace qu'en hospitalisation", Rev. Prat. – Med. Gen., 82, 13-7, 1990
15) Caire M. : "Approches epidemiologiques de la toxicomanie" Confrontations Psychiatr., 28, 63-92, 1987
16) Camabucci, Karen – "Therapeutic Spiral Model transforms roles in addiction treatment", http://www.companionsinhealing.com
17) Carroll, K.; Rounsaville, B.; Keller, D.: "Relapse preventions strategies for the treatment of cocaine abuse", American Journal of Drug and Alcohol Abuse 17(3): 249-265, 1991
18) Cornz, R.H.; Clare, A.W.: „The construction cevelopment and testing of a self report questionnaire to identify social problems", Pszchological Medicine, 15:637-49, 1985
19) Cuche H. ; Billoteau S. ; Deniker P.: "Traitement médicamenteux des toxicomanies. In : Nahas G. ed., Drogue et civilasition, Paris, Pergamon Press, p 75-83, 1982
20) Cummings C.; Gordon J.R.; Marllat G.A.: "Relapse: prevention And prediction", in W.R. Miller (ed.) The Addictive Behaviours, Oxford : Pergamon Press, 1980
21) Dafinoiu Ion : „Personalitatea. Metode de abordare clinică. Observaţia şi interviul", Iaşi, Editura Polirom, pg. 180, 2002
22) Daily John: „New Directions Counseling Associates - Counseling Model"
23) Dayton Tian: "Psychodrama in the Resolution of Trauma and Grief", 2004
24) Deglon J.J. : "Le traitement a long terme des heroinomanes par la méthadone", Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1982
25) Dole V.P. ; Nyswander M.E. : "Heroin addiction – A metabolic disease", Arch. Int. Med., 120, 19-24, 1967
26) Dole V.P.: "Le comportament des toxicomanes", Pour la Science, 40, 27-34, 1981
27) Enăchescu Constantin: "Tratat de psihanaliză şi psihoterapie", Editura Didactică şi Pedagogică R.A., Bucureşti, pg. 189-196, 1998
28) Folkman S.; Lazarus R.S.: "Coping as a mediato of emotion", Journal of personality and Social Psychology 54(3).466-475,1988.
29) Foy D.W.; Miller P.M.; Eisler R.M.; O'Toole D.H.: "Social skills training to tech alcoholics to refuse drinks effectively", Journal of Alcohol Studies, 37: 1340-5, 1976
30) Gerstein D.R. : "The effectiveness of drug treatment", In: O'Brien C.P., Jaffe J.H. eds, Addictive states, New York, Raven Press, 1992, p 253-282
31) Ferreol Gilles: „Adolescenţii şi toxicomania", editura Polirom, Iaşi, 2000

32) Fiorentine Robert; Hillhouse P. Maureen: „Self-Efficacy, Expectancies, and Abstinence Acceptance: Further Evidence for the Addicted-Self Model of Cessation of Alcohol- and Drug-Dependent Behavior, 2000, http://www.findarticles.com/p/articles
33) Galanter Mark: „The end of addiction", Psychology Today Magazine, 1992, http://www.psychologytoday.com
34) Harvey A. Siegal, Ph.D.: „Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment", Treatment Improvement Protocol Series 27, Rockville, Maryland, Centre for Substance Abuse Treatment, United States Department of Health and Human Services, 1998
35) Holdevici Irina: „Psihoterapii scurte. Să rezolvăm problemele de viaţă rapid şi eficient", Editura Ceres, Bucureşti, 2000
36) Kadmon-Telias Ana: "Psychodrama and Helplessness in the Helper of Addicts", The International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2004
37) Keymeulin Robrecht: Curs „Abordarea cognitiv-comportamentală a toxicomaniilor", Salvaţi Copiii, Buşteni, 2002
38) Klontz Brad: "Talk is Cheap: The Healing Effects of Experiential Therapy and Psychodrama", 2004
39) Kaufman Edward M.D.: "Family Therapy Other Drugs, A Workable System of Family Therapy for Drug Dependence"
40) Lane Fishers : "Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse", Treatment Improvement Protocol Series 8, Rockwall II, 5600 Rockville MD 20857, 1994.
41) Lert F. ; Fombonne E.: "La toxicomanie: vers une évaluation de ses traitements" Paris, INSERM/La Documentation Française, 1989
42) Lettieri D.J.; Sayers M.; Pearson H.W. : "Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives", NIDA Research Monograph 30, Rockiville MD, National Institute on Drug Abuse, 1980
43) Litman G. K.; Stapleton J.; Openheim A.N.; Peleg M.; Jackson, P.: "Situations related to alcoholism relapse", British Journal of Addiction, 78: 381-9, 1983
44) Luborsky L.: "Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment. New York: Basic Books, 1984
45) Marllat G.; Gordon J.R.: "Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors", New York, Guilford Press, 1985.
46) Mella Piero "Combinatory System Theory", Chapter VIII, "Spread-of-drugs system"; www.ea2000.it/cst/modelli/08-spread.htlm
47) Miller William; Rollnick Stephen: "Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behaviour", New York, The Guilford Press, 1991
48) Mirin S.M.; Batki S.L.; Bukstein O.; Isbell P.G.; Kleber H.; Schottenfeld R.S.; Weiss R.D.; Yandow V.W.: "Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders", In: American Psychyatric Association, Practice guidelines, Washington DC, APA, p 209-319, 1996
49) Mitrofan Iolanda; Ciupercă Cristian: „Incursiune în psihosociologia şi psihosexologia familiei", Editura Press, Bucureşti, 1998
50) Mitrofan Iolanda: „Cursa cu obstacole a dezvoltării umane", editura Polirom, Iaşi, 2003
51) Mitrofan Iolanda (coord.): „Terapia toxicodependenţei. Posibilităţi şi limite", Editura S.P.E.R., Bucureşti, 2003
52) Monti P. M.; Gulliver S. B.; Myers, M. G.: "Social skills training for alcoholics: Assessment and treatment. Alcohol and alcoholism", 29 (6): 627 – 637, 1994
53) Moore S.T.: "A social work practice model of case management: The case management guid", Social Work , 35(5), pg.444, 1990
54) Nahas G.: "La peste blanche du XXè siecle", Paris, Buchet-Chastel, 1992
55) Nahas G.: "La drogue. Bilan scientifique et médical", Paris, F.-X. de Guibert, 1994
56) National Institute on Drug Abuse: "Effectiveness of drug abuse treatment programs", (DHHS Publ. no ADM – 81 – 1143). Rockville MD, NIDA, 1981
57) The National Institute on Drug Abuse (NIDA), www.nida.nih.gov/ResearchReports/Therapeutic/Therapeutic2.html
58) Neamţu Nicoleta; Fabian Andreea: „Metode şi Tehnici de Asistenţă Socială a Familiei", Editura Word System, 2001
59) Nestler Eric; Malenka Robert: "The Addicted Brain", Scientific American,2004
http://www.wordiq.com/definition/Drug_abuse
60) Niculae Ioana: "Abordarea psihoterapeutică individuală în toxicodependenţă" în „Terapia toxicodependenţei. Posibilităţi şi limite", Mitrofan Iolanda (coord.), Editura S.P.E.R., Bucureşti, 2003
61) Nurco N. David; Blatchley J. Robert; Hanlon E. Thomas; O'Grady E. Kevin; McCarren Maureen:„The family experiences of narcotic addicts and their subsequent parenting practices", American Journal of Drug and Alcohol Abuse
62) Ogborne A.C.; Rush B.R.: "The coordination of treatment services for problem drinkers: Problems and prospects", British Journal of Addiction 78, pg. 136, 1983
63) Orford J.; Guillermina N.; Davies J.: „Tolerate, Engage or Withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems" in South West England and Mexico City, Research Report, Addiction,1998
64) Perfas Fernando: "The Process of Building a Therapeutic Environment", Philippine, 2002,
65) Prelipceanu, Dan: "Ghid de tratament în abuzul de substanţe psihoactive", Editura Infomedica, Bucureşti, 2002
66) Prochaska J.O.; DiClemente C.C.: "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change", Psychoterapy: Theory, Research and Practice, 19: 276-88, 1982
67) Rawson, Richard A.: „Treatment for Stimulant Use Desorders", Treatment Improvement Protocol Series 33, DHHS Publication No. (SMA) 99-3296, 1999
68) Rawson R.; Shoptaw S.; Obert, J.L.; Mc Cann, M.; Hasson, A.; Marinelli-Casey, P.; Brethen P.; Ling, W.: "An intensive outpacient approach for cocaine abuse: The Matrix model', Journal of Substance Abuse Treatment 12 (2): 117-127,1995
69) Reyes-Brion R.: "Sevrage des alcooliques et des toxicomanes. Mythes et réalités", Conc. Medical, 98, 5173-80, 1976
70) Roux J.M.; Perron J.L.: "Place du sevrage dans le traitement des toxicomanies", Rev. Prat., 30, 4091-3, 1980
71) Schuckit M.A.: "Goals of treatment", In: Galanter M., Kleber H.D. eds., Textbook of substance abuse treatment, Washington DC, American Psychiatric Press, p 3-10, 1994
72) Scott M.J.: "A Cognitive-Behavioral Approach to Clients Problems", London, Routledge, 1989
73) Scott M.J.: "Relapse Prevention Trening", in "Treating Drug Abuses" edited by Gerald Bennett, 2000
74) Sells S.B.: "Studies of the effectiveness of treatments for drug abuse", Vol.1: Evaluation of treatments. Cambridge MA, Ballinger Publishing Company, 1974
75) Smith C. A.; Haynes K. N.; Lazarus R. S.; Pope L. C.: "In search of the "hot" cognitions: Atributions, appraisals, and their relation to emotion", Journal of Personality and Social Psychology 65 (5): 916 – 929, 1993
76) Vasile D., Gheorghe M.D., Voicu V., ***Dependenţa de heroină.*** Editura Amaltea, Bucureşti, 2001.

77) Volpicelli J.; Pettinati H; Mc.Lellan A.; O Brien C.: "Combining Medication and Psychosocial Treatmenrts for Addictions, The Guilford Press, London, 2001
78) White K. Robert; Wright Del: „Addiction Intervention – Family Intervention", pag 10-14
79) Wikler A.: "Dynamics of drug dependence: implications of a conditioning theory for research and treatment", Arch. Gen. Psychiatry, 28, 611-6, 1973
80) Winters Ken C., Ph. D.: „Treatment of Adolescents With Substance Use Disorders", DHHS Publications No.(SMA) 02-3647,1999
81) Woody G.E.; McLellan A.T.; Luborsky L.; O' Brien C.P.: "Twelve month follow-up of psychoterapy for opiate dependence", American Journal of Psichiatry 144, 90-596,1987
82) Yandoli Dennis; Mulleady Geraldine; Robbins Claire: „Family therapy and addiction" in Treating Drug Abusers, edited by Bennett Gerald, 2000
83) *** „Assessing substance abuse in Romania", Matra Project Romania, al 5-lea seminar, 26-28 aprilie, Bucuresti, 2004
84) *** "Consumul de droguri in Capitala", mai 2004, http://www.alegeviataana.ro/seps/index.php
85) *** Drug Abuse Treatment Toolkit, United Nations New York 2002
86) *** Drug Abuse Treatment Toolkit, United Nations New York 2003
87) ***Drug Rehab Center Addiction Treatment, 2003
http://www.addiction-treatment-help-line.com
88) ***Effective Interventions Unit: „Drug Services For Young People", 2002
www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_support.pdf
89) ***Effective Interventions Unit: „Integrated Care For Drug Users, Principles and Practice", 2002, www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_support.pdf
90) *** „Family drug rehabilitation and alcohol rehabilitation" www.starliterecovery.com/family program.html
91) *** „Family Guide to Teen Alcohol and Drug Prevention and Intervention" www.madison.k12.wi.us/aod/keepfree.htm
92) ***Intervention Solution www.interventionsolutions.com
93) *** Motivational Interviewing, Matra Project, seminar 14-16 iunie 2004, Bucureşti.
94) *** Narcotics Anonymous World Servicies, Inc Chatsworth California USA, martie 2002
95) *** "Psihoterapie de grup. Tratamentul pacienţilor cu dublu diagnostic", seminar 29 iunie – 3 iulie 2004, Mangalia
96) *** "Practical Guide for the Organization of a Comprehensive Drug Dependence Treatment System", Washington D. C., 2003
97) *** "Reacţii despre dependenţă", in „Curs de bază pentru Viciaţi România", cap. V, Fundaţia De Hoop
98) ***Stepping Stones Addiction Centre, Cape Town, South Africa
http://www.steppingstones.co.za/families.asp
99) ***Support Systems Homes - Clean Living. Sober Living. Better Living,
http://www.recovery-homes.com/phpprint/phprint.php
100) ***TeensHealth - Dealing With Addiction, http://kidshealth.org/teen/drug_alcohol/getting_help/addictions.htm
101) H.G. 154/6 februarie 2003 privind aprobarea Strategiei Naţionale Antidrog
102) ***Memorandum Comun în domeniul Incluziunii Sociale", Sectiunea II "Situţia Sociala", Cap.Grupuri sociale vulnerabile, www.mmssf.ro

ASPECTE JURIDICE

SĂNĂTATEA PUBLICĂ, NOCIVITATEA STUPEFIANTELOR ASUPRA SĂNĂTĂȚII. IMPLICAȚII PENTRU POLITICI ŞI INTERVENȚII

a) motivaţii posibile sau ipoteze pentru tendinţele majore observate

Creşterea consumului de droguri în România în ultima perioadă de timp are mai multe caze, dintre care cele mai importante sunt:

- Necunoaşterea de către anumite segmente de populaţie (tineri, părinţi, cadre didactice) a efectelor dezastruoase a drogurilor;
- Impactul realtiv scăzut al mesajului transmis de unele campanii educaţionale;
- Breşele legislative cu privire la consumul şi posesia de droguri;
- Inexistenţa unui sistem terapeutic complet şi adecvat pentru tratarea dependenţilor;
- Numărul insuficient, la nivel naţional, al personalului specializat.

În România nu există încă un sistem de monitorizare a consumatorilor/dependenţilor. A început, din 1999, să opereze un sistem de monitorizare a dependenţilor care formulează solicită tratament.

Tratamentul solicitat centrelor medicale a rămas la un nivel destul de scăzut, fie de teama poliţiei, fie din cauza lipsei de încredere în respectivele instituţii. În ţara noastră tratamentul dependenţilor se face într-unul din următoarele situaţii: out of the person's own initiative;

- Din proprie iniţiativă;
- În regim de urgenţă, din cauza sevrajului produs din cauza lipsei de narcotic;
- Spitalizare obligatorie impusă de o comisie medicală sau ordonată prin mandat de către procuror ori prin hotărâre judecătorească ;

c) Relavanţa strategiilor şi a intervenţiilor pentru profesionişti şi factori de decizie

Cu privire la Legea nr.143/2000, trebuie specificate următoarele:

Articolul 6,1 stipulează pedeapsa cu închisoare pentru medicii care prescriu „medicamente cu risc crescut" dacă „nu este necesar din punct de vedere medical". Acest fapt creează riscuri considerabile pentru medicii care se angajează în tratamentul de substituţie în cazul dependenţilor de heroină, deoarece metadona poate fi catalogată drept un astfel de medicament (fiind un opiaceu) şi deoarece menţinerea unei medicaţii de substituţie nu este definită pe o bază consensuală, nici intern, nici internaţional. Acelaşi risc există şi în cazul farmaciştilor implicaţi în tratamentul de substituţie, conform articolului 6,2.

În conformitate cu articolul 5, permiterea consumului de droguri în locuri publice este pedepsită cu închisoare. Aceasta poate creea riscuri la implementarea politicilor de prevenire a infectării cu virusul HIV şi cu virusul hepatitic, prin intermediul programelor de schimb de ace şi seringi infectate, ca şi în cazul promovării folosirii de material steril pentru injectarea drogurilor ilegale în locuri supravegheate, unde o lipsă de toleranţă ar exclude potenţialii clienţi, solicitanţi de servicii de specialitate şi consiliere.

Cadrul legal şi urmărirea în justiţie

a) *Legi şi regulamente având ca obiect controlul drogurilor în relatie cu sănătatea, cu anumite probleme sociale, de tineret, justiţie etc.*

România a semnat următoarele convenţii internaţionale:

- *Convenţia şi Protocolul cu privire la Opiu, încheiate la Geneva la data de 19 februarie 1925, cu ocazia Celei de-a Doua Conferinţei asupra Opiului, promulgate de România prin Decretul nr.1578 din 5 iunie 1928;*
- *Convenţia pentru reprimarea traficului ilicit de droguri, semnată la Geneva la data de 26 iunie 1936, şi ratificată de România prin Decretul-lege nr.169 din 27 mai 1938*;
- *Convenţia Unică asupra substanţelor narcotice, încheiată la New York, la 30 martie 1961, amendată prin Protocolul de la Geneva din 25 martie 1972, la care România a derat prin Decretul nr.626/1973, publicat în Monitorul Oficial, Patea I, nr.213/1973;*
- *Convenţia Naţiunilor Unite din 1971, cu privire la substanţele psihotrope;*
- *Convenţia Naţiunilor Unite împotriva Traficului Ilicit de Substanţe Psihptrope şi Narcotice (Viena, 1988);*

România a aderat la Convenţiile Naţiunilor Unite din 1971 şi 1988 prin Legea 118/1992.

Cadrul legislativ intern:

- *Legea nr.73/1969 cu privire la regimul substanţelor narcotice şi al produşilor şi Instrucţiunile Ministrului Sănătăţii nr.103/1073 pentru aplicarea prevederilor Legii nr.73/1969. Aceste două instrumente legale reglementează producerea, extragerea, condiţionarea, prepararea, depozitarea, administrarea, distribuirea şi transportul anumitor substanţe şi produse narcotice, prevăzute în anexa legii;*
- *Decretul nr.466/1979 cu privire la regimul substanţelor toxice, categorie în care intră unele substanţe chimice esenţiale şi precursori (acid lisergic, efedrină, ergotamină, ergometrină; lista anexată acestui decret trebuie actualizată deoarece anumite substanţe toxice care au tranzitat ţara noastră în ultimii ani nu sunt controlate de acest decret (veninul de albine, veninul de şarpe etc);*
- *Ordinul 31/1987 emis de ministrul sănătăţii, cu privire la lista produşilor narcotici şi a substanţelor controlate, dat pentru aplicarea Legii nr.73/1969;*
- *Hotărârea de Guvern nr.75/1991 cu privire la definirea şi sancţionarea infracţiunilor săvârşite la regimul narcoticelor;*
- *Ordinul ministrului industriei şi comerţului nr.36C/1999 cu privire la emiterea licenţelor de import-export pentru anumite substanţe chimice aflate sub control internaţional (22 de substanţe aflate sub control prin Convenţia de la Viena, modificată în urma recomandărilor făcute cu prilejul celei de-a 35-a şedinţe a Comisiei asupra Narcoticelor, în conformitate cu Regulamentul nr.3677/1990);*
- *Ordonanţa de Urgenţă nr.152/1999 cu privire la medicamente pentru uzul uman, care conţine prevederi speciale relativ la importul, exportul şi transportul substanţelor toxice, narcotice şi al medicamentelor pe teritoriul ţării;*
- *Legea nr.100/1998 privind sistemul de sănătate publică. În anexa nr.1 a legii, sunt menţionate programele de sănătate publică, iniţiate şi finanţate de Ministerul Sănătăţii, precum şi programele naţionale pentru prevenirea şi controlul dependenţei de droguri şi a patologiei induse;*

- *Ordinul ministrului sănătăţii nr.415/2000 privind organizarea şi finanţarea programelor naţionale de sănătate, care este, deja, revizuit. Aceste programe includ şi Programul Naţional pentru Prevenirea şi Controlul Dependenţei de Droguri şi a Patologiei Induse – adulţi şi copii.*
- *Ordinul ministrului sănătăţii nr.963/1998, cu privire la aprobarea normelor metodologice generale privind organizarea şi acordarea de asistenţă medicală, tratament şi servicii (cazare şi masă în spital) dependenţilor. Acest ordin reglementează, de asemenea, circuitul informaţiilor despre dependenţii de droguri, ca etapă a centralizării datelor despre persoanele spitalizate pentru drogo-dependenţă, precum şi despre centrele de tratament (distributia lor teritorială). O anexă a acestui ordin conţine fişa de raportare a cazurilor care se introduc în sistemul informaţional al Ministerului Sănătăţii, prin intermediul Centrului de Calcul, de Statistică şi Documentare Medicală, unde există un pachet software finanţat de Banca Mondială;*
- *Codul Penal din România, în care există norme de bază care incriminează infracţiunile săvârşite la regimul drogurilor.*

Astfel, în conformitate cu prevederile Art.312, reprezintă infracţiuni la regimul traficului de droguri următoarele fapte:

- *Obţinerea, posesia sau orice altă operaţiune clandestină privind circuitul substanţelor toxice şi narcotice sau produşilor, cultivarea în vederea prelucrării plantelor care conţin aceste substanţe, sau experimentarea substanţelor sau produşilor toxici, toate acestea fără acoperire legală se vor pedepsi cu închisoarea de la 3 la 15 ani, cu interzicerea anumitor drepturi;*
- *Comiterea faptelor sus-menţionate într-o manieră organizată va fi pedepsită cu închisoare de la 15 la 25 ani şi cu interzicerea anumitor drepturi;*
- *Prescrierea de către un medic, fără să fie necesar, a substanţelor sau produşilor narcotici, va fi pedepsită cu închisoare de la 1 la 5 ani;*
- *Organizarea sau permiterea consumului de astfel de substanţe sau produşi în locuri speciale vor fi pedepsite cu închisoare de la 3 la 15 ani şi cu interzicerea anumitor drepturi.*

Regimul măsurilor de securitate din Codul Penal, Art.113 şi 114, reglementează obligaţia de tratament medical şi spitalizare a persoanelor care reprezintă un pericol pentru societate din cauza drogo-dependenţei.

Odată cu publicarea oficială a legii speciale cu privire la droguri, aceasta (Legea 143/2000) a intrat imediat în vigoare.

- Legea nr.21/1999 pentru prevenirea şi sancţionarea spălării capitalurilor; conform Art. 23, aceasta încadrează drept spălare de capitaluri preschimbarea sau transferarea valorilor cunoscute ca fiind rezultate din infracţiunea de trafic cu droguri; Art.25 stipulează că, în cazul infracţiunilor prevăzute de Art.23, confiscarea bunurilor care au făcut obiectul infracţiunii se va dispune în conformitate cu Art.118 din Codul Penal, şi dacă acestea nu se găsesc, infractorul să fie obligat la plata echivalentuluui în bani.
- Codul Vamal incriminează drept contrabandă în Art.176, şi pedepseşte trecerea frontierei, fără autorizaţie, a substanţelor narcotice şi psihotrope, a precursorilor şi substanţelor chimice esenţiale, cu inchisoare de la 2 la 7 ani.
- Hotărârea de Guvern nr. 534/1999, cu privire la înfiinţarea Comitetului Interministerial de Luptă Împotiva Drogurilor.
- Ordinul ministrului sănătăţii nr.9/1999 cu privire la nominalizarea coordonatorilor naţionali pentru Programe de promovare a sănătăţii şi a educaţiei, nominalizarea Coordonatorului

naţional pentru reducerea cererii de droguri la nivel naţional. De asemenea, au fost nominalizaţi responsabilii programelor naţionale pentru prevenirea şi controlul drogo-dependenţei şi a patologiei induse (pentru adulţi şi copii).

- Ordinul ministrului sănătăţii nr.332/1999 cu privire la înfiinţarea, în cadrul Institutului pentru Managementul Serviciilor de Sănătate din Bucureşti, a Centrului de Documentare şi Resurse, beneficiind de sprijin Phare. Prin acest ordin se îmbunătăţeşte calitatea informaţiilor cu privire la prevenirea consumului de droguri.
- *Legea 143/2000 privind combaterea consumului şi a traficului ilicit de droguri, reprezentând o realizare majoră a anului 2000. Noutăţile pe care le aduce această lege sunt:*
  - *O unitate specializată a Poliţiei Naţionale care să combată,la nivel naţional traficul de droguri*
  - *Folosirea ofiţerilor acoperiţi*
  - *Introducerea livrărilor controlate*
  - *Reducerea pedepsei pentru infractorii cooperanţi*
  - *Un cadru legal pentru dezvoltarea serviciilor de tratament pentru drogo-dependenţi.*
  - *Regulamentul de aplicare a Legii 143/2000 care stipulează procedurile specifice pentru intrarea acesteia în vigoare, aprobat prin HG 1359/2000.*

A fost luată hotărârea de aface parte din Sistemul Early Warning şi s-au făcut şi primii paşi în acest sens.

Legislaţia în domeniul educaţiei sănătoase în unităţile de educaţie:

- Ordinul comun al ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei naţionale din 28.01.1999, "pentru scopul promovării sănătăţii şi îmbunătăţirea nivelului de educaţie pentru sănătate în conformitate cu standardele internaţionale, începând cu anul de învătământ 1999/2000, orele de educaţie sanitară vor fi introduse atât în programa şcolară obligatorie, cât şi în cea optională Aceste ore vor fi ţinute de de profesori speciali pregătiţi în acest sens, având competenţă în educaţia sanitară, astfel încât elevii să beneficieze de programe educaţionale şi de sănătate la standarde internaţioanle". Orele de educaţie sanitară includ elemente specifice educatiei antidrog.
- Ordinul ministrului educaţiei naţionale nr.3281/1999 cu privire la consilierea şi orientarea activităţii în educaţia pre-universitară pentru anul de studiu 1999/2000; acest ordin defineşte conţinutul activităţilor de consiliere şi de orientare, altele decât orele de dirigenţie, după cum urmează:
  a) Consiliere pedagogică şi psihologică pentru elevi;
  b) Consiliere pentru elevii supradotaţi;
  c) Consiliere pentru elevii cu probleme disciplinare sau de învăţare;
  d) Orientare şcolară şi profesională pentru elevi;
- *Protocolul semnat de Ministerul Educaţiei şi Ministerul Sănătăţii privind programele naţionale de prevenire,in conformitate cu metodologia WHO;*

Iniţiative legislative:

- *Proiectul de lege pentru modificarea şi completarea Codului de Procedură Penală, pentru stabilirea insituţiilor juridice privind protecţia martorilor şi investigatorul sub acoperire;*
- Proiectul de lege pentru definirea regimului legal al precursorilor.

b) Politici de urmărire în justiţie, priorităţi şi obiective în relaţie cu persoanele dependente de droguri, consumatorii ocazionali, criminalitatea asociată consumului

Consumul de droguri este pedepsit în conformitate cu Legea 143/2000.

Dacă se dovedeşte că persoana prinsă cu droguri asupra sa este consumator, cantitatea găsită este mică, iar acesta pretinde că este pentru uzul personal, i se oferă ca alternativă înceoerea tratamentului versus închisoare, deşi legea nu prevede expres această posibilitate.

Există preocupări serioase pentru schiţarea şi promovarea legii cu privire la regimul precursorilor.

Secţiunea 1 – Sănătatea publică – aspecte generale

SISTEMUL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ a fost înţeles în dublu sens:

1) ca totalitate a condiţiilor şi măsurilor menite să asigure cât mai deplin sănătatea unui grup social.

2) ca stare pe care acel grup o are sub raportul sănătăţii sale[1].

Într-o anumită accepţiune[2,3] prin sănătate publică înţelegem starea de sănătate a populaţiei dintr-o activitate umană determinată, cât şi ca ansamblu de măsuri şi condiţii necesare să asigure apărarea membrilor acelei colectivităţi.

În principal, ocrotirea publică are loc prin instituirea prin lege a unor măsuri pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase, iar infracţiunile contra sănătăţii[4] publice apar ca acţiuni sau inacţiuni prin care se încalcă normele privind luarea şi respectarea întocmai a măsurilor de prevenire şi combatere a bolilor.

În subsidiar, aceeaşi autori afirmă că, ocrotirea publică are loc prin inocularea în conştiinţa fiecărui individ a normelor principale privind, educaţia şi normele de convieţuire sănătoasă acumulate de individ.

Asemenea fapte pot avea consecinţe grave asupra populaţiei din care cauză trebuie să fie, la rândul lor, prevăzute şi combătute prin mijloace de drept penal.

Importanţa ce se acorda în cadrul unei colectivităţi a fost înţeleasă de statele lumii. Astfel s-au încheiat o serie de convenţii privitoare la interzicerea folosirii armelor chimice, biologice şi bacteriologice, în care dincolo de aspecte evidente internaţionale, îşi fac loc interesele de ordin eugenic ale popoarelor. În acest sens, sunt cunoscute armele chimice ce au în compoziţie substanţe psihotrope (LSD, STP, etc.).

Secţiunea 2. – Dreptul la ocrotirea sănătăţii

Acest drept a fost enunţat[5] şi a căpătat o recunoaştere internaţională îndeosebi după al doilea război mondial. Statele sunt interesate să aibă o populaţie sănătoasă din toate punctele de vedere.

Potrivit Constituţiei statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei şi a sănătăţii publice.

În ideile domnului profesor univ. Ioan Muraru[6] se regăsesc într-o formulă completă preceptele constituţionale ce privesc dreptul la ocrotirea sănătăţii.

Astfel dreptul la ocrotirea sănătăţii este un drept fundamental cetăţenesc receptat în Constituţia României, îndeosebi din Pactul internaţional relativ la drepturile economice, sociale şi culturale. Acest pact nominalizează în art. 9 dreptul persoanei de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică şi mentală.

Preluând ideile din Pact, art. 33 formulează, într-un conţinut complex şi cuprinzător, acest drept sub denumirea de *drept la ocrotirea sănătăţii*. Acest drept ţine de condiţia umană la nivelul

cerinţelor actuale de viaţa, prin conţinutul său asigurându-se cetaţeanului păstrarea şi dezvoltarea calităţilor sale fizice şi mentale care să-i permită o reală participare la întreaga viaţă politică, economică, socială şi culturală.

Realizarea acestui drept implică, în ceea ce priveşte abuzul de stupefiante, abuz cu efecte devastatoare asupra toxicomanului şi chiar asupra urmaşilor toxicomanului, crearea de condiţii care să asigure servicii medicale şi un ajutor medical în caz de boală, toxicomanie etc.

Textul constituţional corespunde exigenţelor juridice şi practice în domeniul ocrotirii publice.

Art. 33 garanteză astfel dreptul la ocrotirea sănătăţii dar în acelaşi timp stabileşte obligaţii corelative, clare şi ferme în sarcina statului şi anume de a lua măsurile care se impun pentru asigurarea igienei şi sănătăţii publice.

În acelaşi câmp de activitate, alături de articolul 33 din legea fundamentala a ţării se adaugă în domeniul garantării publice, Legea nr.3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea populaţiei.

Din reglementarea naţională şi internaţională rezultă câteva concluzii:

a) dreptul la ocrotirea sănătăţii poate fi evaluat atât ca drept individual cât şi ca drept colectiv;

b) corespunzător acestui drept, statului, autorităţilor sale, persoanelor fizice, juridice, le revin atât obligaţii negative, de abstenţiune, cât şi obligaţii pozitive de acţiune ;

c) unele obligaţii ale autorităţilor publice sunt de rezultat, altele de mijloace (prudenţă sau diligenţă).

d) dreptul la ocrotirea sănătăţii se află în interconexiune cu alte drepturi fundamentale;

e) dreptul la sănătate îmbracă noi aspecte în condiţiile toxicomaniei şi a traficului de stupefiante.

Secţiunea 3 – Drogurile şi implicaţiile negative asupra sănătăţii publice (aspecte generale)

Aşa cum se arată în literatura de specialitate[7] flagelul drogurilor este unul dintre fenomenele cele mai complexe, mai profunde şi mai tragice ale lumii contemporane. An de an miliarde de dolari umflă buzunarele unor traficanti şi benzi de criminali care sfidează autoritaţile şi legile. An de an, milioane de oameni cad pradă drogurilor şi o proporţie tot mai mare dintre ei sunt pierduţi pentru societate. An de an se înmulţesc apelurile, întrunirile, conferinţele care îşi propun să găsească cele mai adecvate metode pentru a pune capăt aberaţiei drogurilor.

De la epoca de piatră şi până în zilele noastre[8], nici un flagel nu a numărat atâtea victime ca patima străveche, adânc înrădacinată în viaţa şi obiceiurile popoarelor, a consumului de substanţe euforice, halucinogene, narcotice, hipnotice, afrodisiace etc. Dimensiunile reale ale pericolului au devenit evidente foarte târziu, încât în zilele noastre, lupta ce se desfaşoară la scară mondială nu reuşeşte să stăvilească "otrava" care macină viaţa şi sănătatea unei uriaşe părţi a populaţiei globului.

Istoria stupefiantelor cunoaşte, pe lângă incontestabilele dar limitatele efecte pozitive ale acestora în practica medicală, ravagii care au afectat civilizatii întregi.

Autorul unui volum ce a văzut lumina tiparului în anul 1969, Jean Louis Brau dezvăluie adevaratele proporţii ale pericolului ce ameninţă sănătatea publică el consemnând un miliard de oameni drogaţi. În zilele noastre, scrie BRAU (în 1969), "*drogul este o problemă a unui om din patru*" adică un pericol direct pentru aproape o pătrime din numărul locuitorilor planetei Sigur tragica situaţie s-a mai schimbat datorită eforturilor internaţionale şi declarării războiului împotriva drogurilor (spre exemplu Preşedintele Nixon în 1971, Preşedintele Ford în 1976 şi Preşedintele Regan în 1982). După cum am afirmat situaţia s-a schimbat dar nu radical, în opinia profesorului Ronald K. Siegel niciodată nu va fi eliminat complet traficul de stupefiante pentru că atâta timp cât există o cerere din partea toxicomanilor dispuşi să plătescă oricât pentru doza zilnică, vor exista şi ofertele "generoase" din partea traficanţilor, pregătiţi să-şi asume riscurile.

Drogurile constituie în ziua de azi una din marile probleme ale umanităţii deoarece există milioane de oameni care recurg la droguri în toată lumea, abuzând de anumite substanţe ilegale. Aceşti oameni îşi distrug sănătatea si bunăstarea, îşi pun în pericol şansele pentru o viaţa sănătoasă şi productivă. Mai mult există miliarde de victime indirecte ale abuzului de droguri, familii ale drogaţilor sau grupuri sociale.

Ca o idee de bază, din punct de vedere al nocivitatii, toate drogurile ilegale sunt periculoase şi produc modificări fizice şi psihologice la cel care recurge şi abuzează de ele.

Tot în literatura de specialitate[9] se desfiinţează sintagma "abuz de droguri", ce înseamnă de fapt "crimă fără victime", în concepţia toxicomanilor. Realitatea este că în timp ce sănătatea şi şansele pentru o viaţa productivă sunt puse în pericol prin consumul individual de droguri, individul nu este singurul ce suferă; familia suferă şi ea, lipsită de armonie şi asistând de cele mai multe ori neputincioasă la autodistrugerea membrului familiei. La aceste aspecte socio-umane se adaugă factorii economici care sunt influenţaţi prin: pierdere de producţie, număr sporit de accidente, absentă mare la lucru şi costuri sporite pentru îngrijirea medicală. Contribuabilul va avea de suferit, deoarece banii săi sunt necesari pentru eforturile guvernului, forţelor de ordine şi centrelor de tratare.

În ceea ce priveşte ameninţarea populaţiei din România, prin pericolul direct pe care îl reprezintă abuzul de stupefiante, datele oficiale preluate din materialele informative ale Ministerului Public arată că numărul persoanelor dependente de stupefiante a crescut de la an la an. Astfel în anul 1997, 430 de persoane au fost spitalizate în secţia de specialitate a Spitalului "Dr. Gheorghe Marinescu" Bucureşti, din care 252 au solicitat pentru prima dată un serviciu medical pentru probleme legate de consumul de droguri. 73% au fost barbaţi

În cele ce urmeazăa vom prezenta date obţinute din diferite teste, sondaje şi chestionare efectuate de Institutul de Sănătate Publică, Bucureşti, Laboratorul de promovare a sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate, Constanţa. Prin acestea vom încerca să ilustrăm influenţele negative ale stupefiantelor care încep să se facă simţite şi la noi, mai ales în rândul tinerilor.

Astfel studiul efectuat de Institutul de Sănătate Publică, Bucureşti în anul 1995, a constat din autoadministarea unui chestionar standardizat, pe un lot de 919 adolescenţi din liceele bucureştene. Au fost luate în studiu aproape toate tipurile de licee: teoretic, industrial, arte, economic, teologic. Rezultatele obţinute au relevat că cele mai cunoscute droguri în rândul tinerilor sunt: cocaina, marihuana şi haşişul.

Un fapt important a fi menţionat, este acela că la cele mai multe întrebări, un procent de peste 95% dintre ei declară că nu consumă droguri; totodată la întrebările care testeaza sinceritatea răspunsurilor, doar 65% dintre fete şi 55 % dintre băieţi, au fost sinceri. Nu ne rămâne decât să precizăm că această situaţie a fost înregistrată în anul 1995, punând un semn de întrebare

asupra gradului de răspândire a stupefiantelor în rândul elevilor în anul 2000 în condiţiile în care eforturile pentru informarea tinerilor asupra efectelor devastatoare ale stupefiantelor au fost insignifiante.

Al doilea studiu elaborat în anul 1996, de Laboratorul de promovare a sănătăţii şi educaţiei pentru sănătate, Constanţa, s-a bazat pe administrarea unui chestionar pe un lot de 254 de persoane cu vârste cuprinse între 15 si 30 de ani, venite din toată ţara în vacanţă la Costineşti.

Rezultatele acestui studiu au arătat că un număr neaşteptat de mare de tineri s-au declarat a fi consumatori, mulţi dintre ei fiind cuprinşi în grupa de vârsta 15-18 ani. De asemenea, s-a remarcat predominanţa consumului de droguri în rândul femeilor mari consumatoare de tranchilizante (95,57% din totalul consumatorilor de sex feminin).

Mulţi consumatori provin din rândul elevilor şi studenţilor (69%). Motivele invocate de majoritatea sunt curiozitatea şi relaxarea. S-a subliniat faptul că 31,5% din subiecţii chestionaţi declară că au prieteni care consumă droguri .

În afară de sănătatea publică pe care o periclitează, abuzul de stupefiante erodează şi nucleul relaţiilor interumane, adică familia. Astfel datorită compromiterii situaţiei şcolare, a activităţilor profesionale se creează anumite tensiuni sau chiar rupturi în cadrul familiei, relele tratamente sau abandonul de familie fiind adesea răspunzătoare de tentaţia consumului de droguri.

Secţiunea. 4 - Scurt istoric şi prezentarea principalelor efecte nocive ale stupefiantelor

Autorul Jenica Drăgan – un specialist în problema stupefiantelor în general - afirmă "volens-nolens drogurile au fost sunt şi vor fi o componenţa a socioculturii umane în general". În continuare autorul precizează[10,11] că drogurile, sub diferite înfăţişări, întotdeuna bivalente (prin conotaţiile lor benefice sau malefice) constituie un însoţitor permanent al antropologiei umane, originea lor pierzându-se în negura timpului, apariţia lor fiind de altfel învăluită până astăzi într-un nimb de legende şi superstiţii. Mai mult ca sigur chiar de la apariţia sa pe pământ, omul a cunoscut şi a recurs la efectele exercitate asupra simţurilor sale de unele plante, altele decât cele care îi serveau drept alimente .

În susţinerea celor de mai sus iată o clasificare a principalelor stupefiante, însoţită de un scurt istoric pentru fiecare tip de drog şi de punctarea principalelor efecte nocive asupra organismului uman.

Cu riscul că ne repetăm trebuie să subliniem că, drogul[12] este o substanţă naturală sau sintetică care acţionând asupra organismului uman produce modificarea percepţiei şi a comportamentului.

În ceea ce priveşte clasificarea dogurilor, cea mai curent folosită astăzi este cea adoptată de Organizaţia Naţiunilor Unite şi de către Organizaţia Internaţională a Poliţiei Criminale (O.I.P.C INTERPOL).

Astfel în funcţie de efectele lor aceste produse se clasifică în trei grupe :

1) Produse depresive ale sistemului nervos central

2) Produse stimulente ale sistemului nervos central.

3) Produse perturbatorii ale sistemului nervos central.

Produsele depresive

Ca produse depresive ale sistemului nervos central amintesc cu titlu de exemplu :

- Opiumul cu derivaţii săi: Morfina, Heroina.
- Diferite medicamente ca: Barbiturice, Morfinice (analgezice).

OPIUL - În literatura de specialitate[13] se arată că macul din care se extrage opiul a fost cultivat şi folosit de către populaţia Epocii de Piatră în zone ca Europa centrală şi în Suedia de astăzi. De aici plantele au fost în mod deliberat răspândite şi comercializate în Estul Mediteranei, ajungând aici în Epoca Bronzului. Astfel au fost găsite seminţe de mac, bine conservate printre rămăşiţe şi sedimente din Neolitic. O altă teorie este folosirea seminţelor de mac ca nutrient sau hrană pentru animale, de către crescătorii de animale din Neolitic .

Grecii apreciau efectele unui latex alb pe care ei îl numea "opion". Homer în Odiseea aminteşte de un elixir pe bază de opiu numit "nepenthe" folosit de Elena din Troia pentru a alunga durerea şi tristeţea. În toată mitologia greacă macul a fost închinat zeilor întunericului: lui Hypnos, zeul somnului, Nyxei, zeiţa nopţii, lui Morpheu, zeul viselor şi lui Thanatos, zeul morţii.

Denumirea latină a opiului (papavaer somniferum) este dată după zeul roman al somnului Somnus.

Opiul[14] este o plantă erbacee asemănătoare cu macul roşu naţional, care creşte până la 1,5 m înălţime.

Există două varietaţi de mac, macul de gradină, cultivat tradiţional în Orientul Mijlociu sau în Asia, pentru producerea opiului şi varietatea IGRUM, cultivat în Europa pentru producerea uleiului şi mai nou pentru obţinerea alcaloizilor de opium.

Opiul se prezintă sub următoarele forme: opiul brut, ciandu sau chadoo (opiu rafinat) destinat fumatului cu pipa sau pentru consumarea sub formă de comprimate. Din 700 de grame de opiu brut, se obţin 500 de grame de ciandu. Se mai întâlneşte şi conceptul de DROSS care reprezintă cenuşa opiului fumat, el este folosit mai ales de către opiomanii lipsiţi de mijloace materiale. Nu are tăria unui ciandu, în schimb conţine suficientă morfină pentru a provoca efectele specifice ale drogului.

În general acesta este fumat în pipe special confecţionate care degajă un miros acru, înţepător. Un începător fumează 10-20 de pipe pe zi, unul mediu 20-50 de pipe pe zi, iar un mare fumator 80-100 de pipe pe zi. Initial primele pipe sunt percepute de catre fumator ca dezagreabile, deoarece provoaca acestuia cefalee, ameteli si greturi. Organismul se obisnuieste insa destule de repede, fumatorul experimentand o senzatie de euforie, de odihna precum si o serie de vise frumoase sau mai bine spus fantastice.

Nevoia imperioasă de mărire a dozei intervine, atunci când organismul s-a obişnuit cu efectele nocive ale drogului şi poate conduce la situaţii paradoxale. Astfel faimosul opioman Thomas de Quincey afirmă: "în perioada culminantă a carierei mele de opioman raţia mea zilnică a fost de 8000 de picături (tinctură de opiu de Laudanum) ceea ce înseamnă doza obişnuită de spital pentru trei sute douăzeci de bolnavi"[15]. Strania performanţă nu se explică

decât prin faptul că organismul său era intoxicat până la imunizare, ştiut fiind faptul că scriitorul englez practicase timp de aproape două decenii o formă proprie de mitridathism*.

Fumătorul de opiu, cu timpul devine foarte slab, livid, privirea sa este fixă, pupila contractată, îşi pierde somnul şi devine indiferent la tot. Intervine astfel faza de decadere fizica aparand casexia si incetinirea functiilor digestive. In cazurile mai grave moartea survine in urma sincopei cardiace.

MORFINA - este un analgezic foarte puternic, care se obţine fie prin tratarea opiului, fie direct din paiul de mac.

Descoperirea în 1806 a acestui alcaloid de către Seguin, un chimist din armata lui Napoleon, a fost considerată un element epocal, mai ales după ce, datorită inoculării hipodermice inventate de englezul Wood, morfina s-a instalat temeinic în terapeutică[16].

Morfina se prezintă sub forma de plăcuţe compacte, solide de culoare bej închis. Morfina acţionează asupra centrului durerii, procurând într-o prima fază, o senzaţie de binefacere şi chiar de euforie. Actiunea principala se exercita asupra sistemului nervos central. La doze mici – terapeutice – actioneaza ca analgezic la nivelul creierului provocand deprimarea acestuia. La doze mari actoneaza ca narcotic. De fapt, morfina nu intrerupe transmiterea fluxului dureros ci impiedică perceptia la nivel cerebral, având o actiune depresiva asupra centrilor corticali si perceptiei durerii. In acest fel, produce crestera pragului de percepere a senzatiei dureroase, modificand reactia psihica a subiectului fata de durere si favorizand aparitia somnului. Consecinta este calmarea subiectului, temporizarea epuizarii fizice facând din morfina un excelent analgezic central. Morfina actioneaza selectiv asupra senzatiei dureroase, fara a influenta aslte senzatii – auditive, tactile, olfactive etc.

Consumul îndelungat, în doze mari, provacă vărsături, contracţia pupilei, hipertensiune, tremurături şi dureri abdominale.

HEROINA - este un derivat al morfinei de bază şi se prezintă sub forma unei pudre de culoare albă, bej sau brună, în funcţie de tratamentele aplicate şi zona de provenienţă. Formula chimică a heroinei este O3, O6 – diacetilmorfină. Prima sinteză în diacetilmorfină a fost raportată în 1875, de doi chimişti englezi G.H.Beket şi C.P. Alder Wright. Astfel este contrazisă teoria din literatura de specialitate ce îl prezenta pe H.Dresser ca fiind primul descoperitor al heroinei. Dresser are, în schimb, un alt merit şi anume acela ca atunci când în Eberfield Germania (1898), fabrica Friedrich Bayer a produs drogul comercial, el la numit heroină[17].

Heroina este un produs foarte toxic, fiind de circa 5 ori mai puternic şi mai nociv decât morfina. Are o acţiune euforica rapidă, fiind cel mai adesea injectată sau uneori prizată sau fumată.

Semnele clinice ale consumatorului de heroina sunt: contractarea pupilei, vărsături, depresie respiratorie, hipertensiuni şi hipertermie, hipersecreţii nazale, lacrimale şi sudorale.

Alte stupefiante depresive ale sistemului nervos central[18] sunt :

- CODEINA - derivat din opiu, calmant al durerilor, mai puţin periculos decât morfina dar destul de nociv în cazul unei folosiri abuzive.

* Regele Pontului, MITRIDATE al-6-lea sau MITRIDAT obişnuia în urmă cu 2000 de ani să înghită doze crescânde de otravă pentru a putea supravieţui oricărei încercări de otravire. El ajunsese să îngurgiteze o cantitate de otravă care pentru oricine altcineva ar fi fost mortală.

- LAUDANUM - unul din primele medicamente pe bază de opiu, dar mult mai puţin utilizat azi. Este o tinctură de opiu conţinând 1% morfină.

- THEBAINA - cunoscută ca una dintre cele mai vechi derivate ale opiului. Produce otrăviri grave, uneori chiar mortale.

- PAPAVERINA - are efecte miorelaxante pe musculatura netedă a organelor, de unde utilizarea sa ca vasodilatator şi sedativ al colicilor biliare, renale etc. Nu produce obişnuinţă.

Produse depresive

COCAINA – este unul din alcaloizii extraşi din frunzele unui arbust care creşte pe versantul estic al Anzilor, în special în Peru şi în Bolivia şi care are drept nume ERYTROXILON COCA.

Există şi mai multe opinii privind momentul iniţial al descoperirii şi utilizării "drogului de cursa lungă", cum a mai fost supranumită frunza de coca.

Într-o prima opinie[19] se afirmă că arbustul de coca (ERYTHROXILON COCA) a fost introdus în Peru şi Bolivia de către incaşi sau de indienii maya, din America Centrală.

O altă opinie[20], susţine, pe baza datelor arheologice, că folosirea iniţială a frunzei de coca a început în jurul anului 5000 (I.d.H).

Cocaina este un anestezic local şi un stimulent şi se prezintă sub forma unei pudre albe, cristaline fiind iniţial utilizată în medicina chirurgicală şi dentară.

La nivelul utilizării toxicomanice această pudră, o întâlnim condiţionată în pachete mici, de câteva grame şi se inhalează nazal, se prizează, se injectează intravenos sau se consumă pe cale orală.

Consumul de cocaină debutează prin producerea unei stări de euforie şi încredere în sine dar dependenţa se manifestă prin hipertermie, transpiraţii abundente, dilatarea pupilelor, hipertensiune, accelerarea ritmului cardiac şi respirator, evoluând până la schizofrenie şi paranoia.

Un amănunt deosebit de interesant, relevat de literatura de specialitate[21], constă în faptul că 100 de grame de frunze de coca, analizate din punct de vedere nutriţional, conţin 305 calorii, 18.9 grame de proteine şi 42.6 grame de carbohidraţi, satisfăcând totodată necesarul uman de calciu, fier, fosfor, riboflavină şi de vitamine A şi E.

În mod paradoxal[22] hidroclorura de cocaină, deci cocaina pură, nu conţine nici un fel de proprietaţi nutritive.

KHATUL - este denumirea[23] dată arbustului CATHA EDULIS care creşte după părerile specialiştilor[24] în regiunile Corne d'Afrique, în Africa Centrala, Yemen şi Madagascar.

Masticarea frunzei de khat este foarte veche, devenind un rit în cultura islamo-arabă, întrucât produce senzaţia de bună dispoziţie, de veselie, suprimarea senzaţiei de foame.

Acest drog nu este supus controlului internaţional .

AMFETAMINELE - sunt stimulente ale vigilentei care au fost şi sunt încă utilizate ca medicamente. Se întâlnesc sub formă de comprimate, capsule, pudră sau lichid-fiole. Ele fac să dispară senzaţia de oboseală, stimulează activitatea mintală şi dau senzaţia de stare placută.

Dependenţa de aceste produse se manifestă prin dureri de cap, febră, hipertensiune, insomnie, dificultăţi respiratorii.

Amfetaminele produse în laboratoarele nord-americane şi europene au fost utilzate ca antiparkinsoniene, anti-alcoolismului, obezităţii, narcolepsiei, iar în prezent au devenit ilicite[25].

Produse perturbatorii

CANNABIS - este una dintre cele mai vechi plante cultivate de om. Întrebuinţarea sa este menţionată într-un tratat de botanică[26] ce a fost scris cu douăzeci de secole î.e.n.

Cultura de cannabis atinge înălţimea de 4 metri iar planta are aspectul de tutun.

Acest produs este cunoscut sub denumirea de: marihuana, ganja, kif, bhang, djamba, haşiş, etc, în funcţie de zona de influenţă în care se foloseşte.

În întrebuinţarea ca drog, cânepa se găseşte sub trei forme:

a) iarba de cânepă, adică florile, fructele şi frunzele tăiate mărunt.

b) răşina de cânepă, numită hachich (haşiş), adică secreţiile raşinoase la care se adauga substanţe liante şi presate din care rezultă turte sub diferite forme.

c) uleiul de cânepă, care se obţine prin distilarea unui amestec de plantă şi solvent.

Planta se consumă amestecată cu tabac şi se fumează în ţigări sau pipe.

Răşina de cânepă se prezintă sub forma unor plăcuţe condensate, de multe ori amestecată cu ceară.

Uleiul de cannabis, obţinut din distilarea repetată a frunzelor sau a răşinelor, se prezintă sub forma unor substanţe vâscoase, de culoare negru închis care nu se dizolvă în apă.

În general consumul de cannabis indiferent de formă provoacă o stare de euforie sau de uşoară excitaţie, urmată de o anumită beatitudine şi confuzie mentală.

Din punct de vedere fizic se remarcă mult timp o modificare a pecepţiilor senzoriale, riscuri de infecţii bronho-pulmonare precum şi modificări ale celulelor, ale rezistenţei imunitare şi ale funcţiei de reproducere.

Dependenţa psihică se manifestă îndeosebi la persoanele foarte tinere, prin tendinţa de marginalizare, lipsa motivaţiei, lenevire.

L.S.D.-ul este o substanţă halucinogenă produsă din acidul lisergic de diethilamidă, o substanţă derivată din cornul de secară. L.S.D.[27] mai este denumit şi L.S.D.-25 deoarece a fost al douăzeci şi cincilea produs din o serie de substanţe realizate de dr. Albert Hofmann în Basel, Suedia .

Conform lieraturii de specialitate[28] L.S.D. a fost descoperit în 1938 şi a intrat în consumul toxicomanilor în 1962.

L.S.D. este cel mai puternic drog de sinteză cunoscut de către om[29]. Doza de L.S.D. este măsurată în micrograme (un microgram este egal cu milionime dintr-un gram, faţă de doza obişnuită de cocaină sau heroină care este măsurată în miligrame (un miligram este egal cu o miime dintr-un gram).

Cel mai frecvent se prezintă sub forma unui lichid incolor, insipid şi inodor care se absoarbe pe cale orală.

Este important de reţinut faptul că dozele de L.S.D. se prezintă pe suporturi îmbibate cu produs, de exemplu sugative, ţesături, zahăr, diverse pilule materalizate în diverse motive sau figurine.

L.S.D.-ul[30] stă la originea unor grave tulburări psihice, precum impulsiunile ucigaşe sau sinucigaşe. Au de asemenea posibilitatea de a produce "o schimbare radicală a capacităţilor senzoriale ale toxicomanului: toxicomanul "vede" mirosuri şi "aude" culori. Conduita îi este iraţională iar depersonalizarea marcantă.

Doze infime de L.S.D. sunt suficiente pentru a produce halucinaţii ce durează zile întregi, sau tulburări psihotropice (halucinaţii) pe mai multe luni. S-a demonstrat de asemenea posibilitatea tulburării sistemului cromozomial ceea ce afectează adesea generaţia următoare a toxicomanului.

PENCICLIDINA (P.C.P.) sau Poudre d'Ange, Angel Dust, Pudra Îngerului[31].

Este un produs de sinteză descoperit în 1956, în S.U.A şi utilizat ca anestezic în medicina veterinară din 1965. Denumirea medicală este SERNYLAN.

În prezent, acest produs stupefiant se obţine numai în laboratoare clandestine fiind destinat toxicomanilor. Este un halucinogen foarte periculos care, după ce creează o stare de bună dispoziţie şi dezinhibare, antrenează o psihoză toxică, convulsii, halucinaţii cu forme delirante, comportamente violente şi periculoase şi câteodată, chiar comă sau moarte.

MESCALINA[32]- este un alcaloid obţinut dintr-un mic cactus mexican din sudul S.U.A sau Mexic (LOPHOPHORA WILLAMSI).

Se prezintă sub forma unei pudre cristaline iar pe cale chimică poate fi obținută sub formă de comprimate şi soluţie. Se consumă prin ingerare, injectare sau poate fi fumată. Aceasta substanta se incadreaza in grupul acelora care nici nu excita si nici nu deprima sistemul nervos, ci produc o alterare a psihicului si functiilor nervoase superioare. Judecata este deviata in mod delirant, având loc modificari mintale care se manifesta prin simptome asemanatoare cu cele ale schizofreniei. Spatiul si timpul sunt percepute anormal aparand stari de depersonalizare si halucinatii.

Această plantă era considerata de azteci ca fiind sacra, atribuindu-i puteri supranaturale care ar inlatura teama de orice pericol, folosind-o dupa prelucrare in cadrul unor ceremonii religioase. Denumirea de "Peyotl" sau "Mescal Buttons" reprezinta capul globulos al cactusului, taiat transversal in fasii si apoi uscate la soare. Aceste fasii sunt rulate in sfere mici si ingerate pentru a produce efectul halucinogen. Se poate consuma si sub forma de bautura alcoolica si mai rar prin fumat.

Consumul creează o anumită stare de bună dispoziţie, o spraexcitare generala tradusa prin impresia ca forta musculara este marita, activitatea intelectuala creste, dand o placuta senzatie de irealitate iar pupilele se dilata si apar viziuni colorate. De asemenea, apar stari de halucinatii cu pastrarea unui anumit grad de conştiinţă, insa este deformată perceptia spatiului si timpului, iar la schizofrenici halucinatiile pot avea un caracter sexual. Aceasta faza este urmată de ameţeli, vărsături, transpiraţii, tahicardie, coşmaruri şi psihoze, in cazuri de intoxicatie grava poate surveni moartea prin colaps cardiovascular si stop respirator.

PSILOCYBINA şi PSILOCINA[33] - sunt extrase din ciuperca halucinogenă (PSILOCYBE MEXICANA). Din această ciupercă se obţine prin uscare şi sintetizare chimică, o pudră denumită psylocibină.

Consumul creează o stare de vârtej[34], însoţită de alterarea senzaţiilor spaţio-temporale cu halucinaţii vizuale şi auditive. Efectul durează de la două la şase ore.

INHALANŢII[35] - sub această denumire generală descoperim o serie de substanţe chimice ca: benzina, toluenul, acetatul de etil, hexanul, tetraclorura de carbon, acetona care există în componenţa unor produse casnice sau industriale: cleiurile, solvenţii, carburanţii, gazul.

Absorbţia se face prin ingerare, dar în majoritatea cazurilor, prin inhalarea nazală a vaporilor degajaţi de aceste produse.

Ele afectează sistemul nervos central, provocând efecte halucinogene. Primele senzaţii sunt de euforie şi beţie, apoi degenerează în greaţă şi migrene. Adesea consumatorul are percepţii temporale deformate precum şi impresia de depersonalizare. În schimb consumul de astfel de produse afecteaza grav circulaţia sangvină, ficatul, rinichii, inima , precum şi sistemul nervos.

PRECURSORII şi SUBSTANŢELE CHIMICE ESENŢIALE[36] - sunt compuşi folosiţi în mod obişnuit la fabricarea unor produse ca: vopsele, pigmenţi, parfumuri, lubrifianţi şi produse farmaceutice.

Datorită proprietaţilor chimice, a apărut tendinţa deturnării şi folosirii în fabricarea unor droguri aflate sub controlul legislaţiei, lănsându-le astfel în producţia finală a drogurilor.

Substanţele chimice esenţiale care includ solvenţi şi reactivii sunt auxiliare, fără a fi specifice şi hotărâtoare în producţia finală a drogurilor.

Solvenţii reprezintă un mediu lichid în care se dizolvă substanţele chimice, permiţându-le astfel să reacţioneze împreună.

Reactivii sunt substanţe chimice necesare în transformarea precursorilor în droguri. Deşi ei iau parte la reacţia de obţinere a drogului, reactivii contribuie doar în mică măsură la formarea moleculei.

Traficul cu precursori, solvenţi şi reactivi produşi în mod legal, dar folosiţi în traficarea drogurilor ilicite reprezintă o problemă internaţională majoră.

În prezent există, sute de substanţe chimice care ar putea fi folosite în producerea ilicită a drogurilor. Cu titlu de exemplu menţionăm câteva substanţe, ele constituind tipuri de precursori şi substanţe chimice esenţiale traficate din România, urmând să revenim la secţiunea potrivită cu toate datele cazurilor. Astfel de substanţe chimice esenţiale pot fi: anhidrida acetică, eterul, acetona, permanganatul de potasiu etc

Secţiunea 5 – Concepte în problematica drogurilor

Înainte de trece la tratarea subiectului prezentei lucrări, adică drogul ca subiect de drept, trebuie să clarificăm pe scurt noţiunile larg uzitate în domeniul stupefiantelor.

Stupefiantele

În conformitate cu prevederile Convenţiei Unice privind Stupefiantele din anul 1961 sunt considerate ca fiind stupefiante "orice substanţa naturală sau sintetică ce figurează pe lista stupefiantelor", listă ce face parte integrantă din Convenţie.

Substanţa psihotropă

Convenţia din 1971 precizează că este substanţă psihotropă aceea care poate provoca:

➲ o stare de dependenţă

➲ o stimulare sau o depresie a sistemului nevos central dând naştere la halucinaţii sau tulburări ale funcţiei motrice ori de judecată sau de comportament, ori de percepţie a umorului.

➲ abuzuri şi efecte nocive comparabile cu cele ale unei substanţe din tabloul I, II, III sau IV (al Convenţiei din 1961)

➲ există suficiente motive de a se crede că substanţa dă sau riscă să dea naştere la abuzuri astfel încât să constituie o problema de sănătate publică sau o problemă socială, justificând să fie astfel pusă sub control internaţional.

Obişnuinta[*]

Este o stare rezultată din consumarea repetată a unui drog. Caracteristicile sale sunt îndeosebi:

- o dorinţă de a continua luarea drogului din cauza senzaţiei pe care o creează.
- o uşoară, sau, deloc, tendinţă de a creşte dozarea.
- o dependenţă de ordin psihic cu privire la efectele drogului.
- efectele dăunătoare care privesc în primul rând individul.

Toxicomania

Toxicomania este starea de intoxicare cronică sau periodică nascută din consumarea repetată a unui drog natural sau de sinteză. Principalele caracteristici sunt:

- o dorinţă nestavilită sau o nevoie de a continua să consume drogul şi de a şi-l procura prin orice mijloace.
- tendinţa de a mări dozele.
- efecte dăunătoare asupra individului şi asupra societăţii.

Dependenţa fizică şi cea psihică

În 1953 Organizaţia Mondială a Sănătăţii, prin Comitetul de Experţi în drogurile apte a da naştere toxicomaniei, defineşte dependenţa psihică ca fiind "starea în care un drog produce un sentiment de satisfacţie şi o înclinaţie psihică ce cere administrarea periodică sau continuă a drogului pentru obţinerea plăcerii şi evitarea stării de rău".

Dependenţa fizică este "o stare adaptativă, caracterizată prin tulburari fizice intense, atunci când administrarea drogului este întreruptă sau când acţiunea acestuia este contracarată printr-un antagonism specific. Aceste tulburări, adică simptomele de sevraj sau de abstinenţă, se compun din simptome de natură fizică sau psihică caracteristice fiecărui drog".

Toleranţa

Toleranţa reprezintă "o reducere a sensibilitaţii faţă de substanţă, după administrarea sa repetată, care fac necesare doze mult mai ridicate pentru a produce acelaşi efect ca şi cel obţinut anterior cu o doză mai redusă. Această creştere a dozei poate fi făcută necesară prin

[*] Această noţiune a fost explicată şi definită de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în 1952.

schimbările din metabolizarea substanţei sau printr-o adaptare celulară, fiziologică ori comportamentală cu privire la efectele sale".

Sindromul de sevraj

Noţiunea de sevraj poate fi explicată astfel: după administarea repetată a anumitor substanţe care dau naştere la dependenţă, cum ar fi de exemplu opiaceele, barbituricele şi alcoolul, abstinenţa la acestea poate accentua comportamentul ce consistă la căutarea acestor substanţe în scopul de a evita ori de a uşura efectele dureroase ale sevrajului şi producerea de schimbări fiziologice suficient de grave pentru a necesita tratament medical".

Secţiunea 6 – Lupta impotriva traficului ilicit de droguri - Convenţii internaţionale în materie

Traficul ilicit de stupefiante şi toxicomania constituie una din gravele probleme de igienă socială ale epocii "noastre"[37].

Lupta împotriva traficului ilicit de stupefiante se desfaşoară pe plan naţional cât şi internaţional.

Documente istorice atesta ca in secolul al XV- lea, in China se facea un important trafic ilicit cu opiu, iar in secolul al XVI-lea, consumul abuziv de opiu de catre o mare parte a populatiei, era foarte raspandit in China si Turcia. Având in vedere numarul mare de consumatori de opiu ce existau in acea perioada si pericolul pe care îl înfătisa raspandirea rapida a acestui viciu, autoritatile din Turcia au decis interzicerea consumului de opiu si hasis. La randul lor autoritatile chineze amenintate cu acelasi pericol, in a doua jumatate a secolului al XVIII-lea, au interzis vânzarea opiului si au inchis fumoarele.

Incepând cu a doua jumatate a secolului al XIX-lea, anumite tari au întreprins o serie de masuri în vederea controlului stupefiantelor. Astfel, in anul 1845, in Franta s-a adoptat o lege care permitea controlul asupra unor stupefiante, iar in perioada 1895-1906, diverse state si teritorii ale S.U.A au adoptat regulamente speciale privitoare la controlul opiului si a altor stupefiante.

Anul 1906, a ramas un an de referinta in istoria combaterii traficului si consumului abuziv de opiu. In acel an China a interzis cultura macului de opiu pe teritoriul sau si simultan a incheiat o intelegere cu India pe un termen de 10 ani, prin care aceasta tara se obliga sa-si reduca progresiv exportul de opiu catre China. Aceste masuri luate de China au fost apreciate ca reprezentand primul pas facut de o tara in vederea eradicarii folosirii opiului pentru fumat. Lupta impotriva opiului se declansase.

Prima reuniune internaţională* având ca obiectiv principal consumul opiului pe teritoriile şi posesiunile statelor participante a avut loc la *1 februarie 1909 la Shanghai-China*, din iniţiativa guvernului Statelor Unite ale Americii.

Aici s-a întrunit pentru prima oară Comisia Internaţionala asupra Opiului, ea fiind condusă în acel moment de Theodore Roosvelt.

Cu acest prilej treisprezece state, din care şase europene (Germania, Rusia, Franţa, Anglia, Olanda şi Portugalia) au adoptat nouă rezoluţii prin care se cereau guvernelor prezente la masa tratativelor, să ia măsuri pentru a suprima în mod treptat consumul opiului.

* Următoarele informaţii din lucrarea de faţă, până la următoarea secţiune, sunt preluate din Teza de Doctorat a specialistului român în materie de droguri Jenică Drăgan. Tema principală a tezei este "*Incriminarea traficului ilicit de droguri*".

La *23 ianuarie 1912 la Haga*, douăsprezece state, printre care se află din nou Germania, Anglia, Olanda, Portugalia, Rusia dar şi Italia, se întâlnesc din nou pentru a discuta aceeaşi problemă.

În anii 1913, 1914, au mai avut loc două Conferinţe cu aceeaşi tematică la Haga.

Convenţia Internaţionala a Opiului urma să intre în vigoare la 31 decembrie 1914. Acest lucru nu a mai fost posibil, la 1 august 1914 izbugnind primul război mondial.

Problematica drogurilor va fi reluată în *Tratatul de la Versailles* când articolul 295 din tratat decide că: "ratificarea tratatului echivalează cu ratificarea Convenţiei de la Haga". În anul 1920 a intrat în vigoare Tratatul de la Versailles. *La 19 februarie 1925* este semnată la *Geneva, Convenţia Internaţionala a Opiului.*

Astfel pe lângă controlul exercitat asupra opiului brut de către Convenţia de la Haga, Convenţia de la Geneva exercită controlul asupra frunzelor de coca şi cânepii indiene interzicând şi utilizarea acestora în alte scopuri decât cele medicale sau ştiinţifice.

Totodată obligă parţile semnatare să aplice sancţiuni penale drastice pentru cei care au savârşit infracţiuni care aduc atingere reglementărilor sale.

Convenţia din 1925 instituie regimul juridic al certificatelor de import şi al licenţelor de export, activităţi care de acum înainte vor necesita aprobări guvernamentale.

Tot prin Convenţia de la Geneva statele erau invitate să supună atenţiei Comitetului Central Permanent (creat anume) statistici anuale asupra producţiei de opiu, a frunzelor de coca şi referitoare la fabricarea, consumul şi mărimea stocului de stupefiante deţinute de fiecare stat; precum şi să înainteze raporturi trimestriale cu privire la importul şi exportul acestor droguri.

România a aderat la Convenţia şi Protocolul asupra Opiului încheiate la Geneva la 19 februarie 1925, cu ocazia celei de-a doua Conferinţe asupra Opiului promulgate de România prin Decretul 1578 din 5 iunie 1928.

Convenţia semnata tot la Geneva la 13 iulie 1931 avea drept obiectiv major, limitarea în întreaga lume a fabricării şi concomitent, reglementarea regimului juridic al drogurilor utilizate în scopuri medicale şi ştiinţifice. Ea rezervă numai guvernelor dreptul de a importa şi distribui heroina şi aceasta doar în scopuri considerate legitime.

În cuprinsul Convenţiei din 1931 se întâlnesc măsuri de poliţie administrativă cum sunt următoarele:

- ✓ părţile semnatare trebuie să-şi stabilească o administraţie naţională specială având drept sarcină principală, asigurarea respectării, pe plan intern a tuturor prevederilor, convenţiilor internaţionale şi a normelor juridice naţionale emise în scopul supravegherii comerţului ilicit cu droguri.
- ✓ să organizeze la nivel naţional lupta împotriva toxicomanei, luând din acest punct de vedere orice măsura considerată necesară, în scopul împiedicării dezvoltării acestui fenomen, precum şi combaterea traficului ilegal de droguri.

Convenţia pentru pedepsirea traficului ilicit de droguri dăunătoare, semnată la Geneva la data de 26 iunie 1936 şi care va intra în vigoare în octombrie 1939, cerea în mod expres semnatarilor, pedepsirea severă, din punct de vedere penal, a traficanţilor. Parţile semnatare îşi luau în această manieră angajamentul ca pe lângă aplicarea pedepsei cu închisoarea, pentru săvârşirea infracţiunii de trafic de stupefiante, să urmărească obţinerea sau să acorde extrădarea către statele solicitante, în anumite cazuri enumerate limitativ de convenţie.

Amintita convenţie va fi ratificată şi de România prin Decretul Lege nr. 169 din 27 mai 1938.

La *19 noiembrie 1948* este semnat *Protocolul de la Paris*, prin care Organizaţia Mondială a Sănătăţii era autorizată să propună supunerea regimului internaţional de restricţie a oricărui drog nou obţinut, neplasat încă sub control (în virtutea dispoziţiilor articolului 11 al convenţiei din 1931) şi care dă naştere toxicomaniei ori poate fi transformat într-un drog care să creeze, dependenţă fizică sau psihică, aşa cum erau ele definite la acea dată.

La sediul Naţiunilor Unite are loc în zilele de 24-25 ianuarie 1961, o conferinţă a plenipotenţiarilor statelor interesate, în scopul adoptării unei convenţii unice asupra stupefiantelor.

Rodul acestei conferinţe va fi adoptarea la *30 martie 1961 a Convenţiei Unice Asupra Stupefiantelor*. Intrată în vigoare la 13 decembrie 1964 ea va marca un alt moment important în istoria controlului internaţional al stupefiantelor.

Astfel sintetizarea şi simplificarea normelor de drept internaţional, mult dorite de specialiştii în domeniu s-au produs, iar Comitetul Central Permanent al Opiului şi Organul de Control al Stupefiantelor au fuzionat formând la ora actuală Organul de Control al Stupefiantelor.

Iată în continuare câteva dispoziţii din Convenţia Unică asupra Stupefiantelor, spicuite din literatura juridică.

În preambulul Convenţiei Unice asupra Stupefiantelor din 30 martie, ţările semnatare "preocupate de sănătatea fizică şi morală a umanităţii, recunosc că toxicomania este un flagel pentru individ şi constituie un pericol economic şi social pentru umanitate. Ele sunt conştiente de datoria care le incumbă de a preveni şi combate această plagă, dar şi de faptul că pentru a fi eficace, măsurile contra abuzului de stupefiante trebuie să fie coordonate şi universale".

Referitor la "*Lupta contra traficului ilicit*" articolul 35 statuează:

Ţinând cont de regimurile lor constituţionale, juridice şi administrative, Parţile,

a) vor asigura pe plan naţional o coordonare a acţiunii preventive şi represive contra traficului ilicit; în acest scop ele vor putea desemna un serviciu propriu însărcinat cu această coordonare.

b) se vor asista reciproc în lupta contra traficului ilicit .

c) vor coopera îndeaproape între ele şi cu organizaţiile internaţionale competente ale căror membre sunt, în scopul de a duce o luptă coordonată contra traficului ilicit.

d) cooperarea internaţională a serviciilor apropiate, să fie efectuată pe căi rapide.

e) atunci când "piesele" de justiţie sunt transmise între ţări, pentru urmărirea unei acţiuni judiciare, transmiterea să fie efectuată prin mijloace rapide la adresa instanţelor desemnate de părţi.

Articolul 36 din sus-amintita Convenţie cuprinde dispoziţiile penale, fiind astfel redactată:

1. Sub rezerva dispoziţiilor constituţionale, fiecare parte va adopta măsurile necesare pentru ca fabricarea, cultura şi producţia, extracţia, prepararea, deţinerea, oferta, punerea în vânzare, curtajul, expediţia în tranzit, transportul, importul şi exportul de stupefiante neconforme cu dispoziţiile prezentei Convenţii, să fie pedepsite ca infracţiuni când sunt comise cu intenţie, urmând ca infracţiunile grave să fie pasibile de o pedeapsă adecvată, în special închisoarea sau alte pedepse privative de libertate.

2. Infracţiunile grave, menţionate mai sus, fie că sunt comise de naţionali sau de străini, vor fi urmărite de partea pe teritoriul căreia a fost comisă infracţiunea sau de partea pe

teritoriul căreia se găseşte delincventul, dacă extrădarea sa nu este acceptabilă conform legislaţiei părţii căreia i-a fost adresată cererea de extrădare.

Între dispoziţiile Convenţiei Unice privind Stupefiantele din 1961 întâlnim şi obligaţii contractuale în întregime noi, ca de exemplu cele referitoare la tratamentul medical şi readaptarea toxicomanilor.

Au mai fost prezervate şi dispoziţii din tratatele antebelice care cereau printre altele ca:

- Exporturile de stupefiante să fie supuse obligatoriu, autorizării celor două guverne, adică cel al ţării exportatoare precum şi cel al ţării importatoare.
- Guvernele să raporteze periodic, modul de aplicare al legilor şi altor acte normative emise de ele în scopul aplicarii Convenţiei.

Protocolul privind amendamentele aduse Convenţiei Unice asupra Stupefiantelor din 1961 adoptat la Geneva la 27 martie 1972 se referea în principal la:

• completarea regimului pentru evaluarea suprafeţelor cultivate cu mac opiaceu şi fabricarea stupefiantelor sintetice.

• limitarea producţiei de opiu şi distrugerea plantaţiilor de mac opiaceu şi a celor de cannabis cultivate în mod ilegal.

• alte măsuri ce pot facilita procedura extrădării traficanţilor de stupefiante.

• măsuri privind prevenirea abuzului de stupefiante şi asigurarea unui tratament complet şi corect pentru toxicomani, precum şi măsuri adecvate de reinserare socială a acestora.

România a aderat la Convenţia Unică asupra Stupefiantelor, încheiată la New York la 30 martie 1961, prin Decretul 626/1973 publicat în Buletinul Oficial nr. 213/1973. Tot prin acelaşi Decret 626/1973 România a aderat şi la Protocolul privind amendamentele aduse acestei convenţii, adoptat la Geneva la 27 martie 1972.

Convenţia din 1971 privind Stupefiantele psihotrope va avea, la rândul său, ca obiectiv principal, plasarea sub un atent control internaţional a acelor substanţe şi produse nesupuse regimului juridic instituit de Convenţia Unică asupra Stupefiantelor din 1961.

Convenţia va intra în vigoare la 16 august 1976 şi cuprinde o serie de măsuri restrictive referitoare la substanţele cu efecte halucinogene, fără o utilizare terapeutică cum ar fi în primul rând L.S.D.-ul şi care pot fi utilizate numai în activitatea de cercetare ştiinţifică şi numai cu autorizarea guvernului statului respectiv.

Pentru fabricarea, comercializarea, posesiunea substanţelor psihotrope se cere o licenţă specială; exportul şi importul sunt prohibite cu excepţia situaţiilor când importatorii şi exportatorii sunt instituţii guvernamentale sau organisme competente să desfăşoare activităţi licite cu ele.

La 14 decembrie 1984 Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite emite *Declaraţia privind Lupta Împotriva Traficului şi Consumului Ilicit de Stupefiante.*

Între 25 noiembrie şi 20 decembrie 1988 are loc la Viena, conferinţa plenipotenţiara care a adoptat *Convenţia Naţiunilor Unite Împotriva Traficului Ilicit de Stupefiante şi Substanţe Psihotrope*. Convenţia va intra în vigoare la 11 noiembrie 1990.

Una din dispoziţiile noi cu caracter imperativ ale Convenţiei, se referă la depistarea, îngheţarea şi confiscarea bunurilor şi mijloacelor financiare obţinute de infractori în traficul ilicit de

droguri, deoarece aceştia se redresează mult mai greu după o astfel de lovitură decât atunci când li s-ar confisca sute de kilograme de droguri.

În acest sens tribunalele părţilor semnatare sunt abilitate să ordone confiscarea documentelor bancare, financiare sau comerciale, secretul bancar nemaiputând fi invocat într-o asemenea situaţie.

Tot ca element de noutate apare utilizarea LIVRĂRII SUPRAVEGHEATE, metoda introdusa expres si in Legea 143/200 privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri.

Livrarea supravegheată în conformitate cu definiţia dată de art. 1 lit. k din Convenţie desemnează metodele care constau în permiterea trecerii pe teritoriul uneia sau mai multor ţări a stupefiantelor, substanţelor psihotrope sau a substanţelor care le sunt substituite, expediate în mod ilicit sau suspectate de aceştia cu ştiinţă şi sub controlul autorităţilor competente din ţările indicate, în scopul identificării tuturor persoanelor implicate în comiterea traficului ilicit de droguri.

România a aderat, prin Legea nr.118 din 15 decembrie 1992, la Convenţia Naţiunilor Unite asupra substanţelor psihotrope adoptată în 1971 şi la Convenţia Naţiunilor Unite contra traficului ilicit de stupefiante şi substanţe psihotrope, intrată în vigoare la 11 noiembrie 1990.

În ciuda acestei vădite colaborări internaţionale precum şi a ansamblului de măsuri luate de statele semnatare, la nivel naţional, traficul de stupefiante sau alte substanţe toxice cunoaşte o recrudescenţă, ajungând în unele ţări o adevarată epidemie.

Secţiunea 7 – Drept comparat – Legislaţia în materie de droguri, în 15 state, membre ale Uniunii Europene[*].

În prezenta secţiune vom analiza în mod exclusiv problema incriminării "consumului de droguri precum şi deţinerea sau posesia de droguri pentru consumul propriu". În privinţa incriminării traficului de droguri ca infracţiune, cu toate valenţele elementului material, nu există deosebiri semnificative. Din acest punct de vedere putem afirma că s-a asigurat o reglementare unitară la nivel european.

Numerotarea de mai jos înlocuieşte titlurile corespunzatoare pasajelor astfel:

I. incriminarea <u>directă</u> a folosirii ilicite a drogurilor în textele legislative.

II. incriminarea <u>indirectă</u> a folosirii ilicite a drogurilor în textele legislative (posesia de stupefiante pentru consum propriu).

III. comentarii, <u>practică judiciară</u> şi jurisprudenţă.

IV. <u>regimul sancţionator</u> pentru posesia de stupefiante în general.

AUSTRIA

I. Consumul de stupefiante nu este o infracţiune clar delimitată, reglementată.

[*] Acestă secţiune reprezintă o traducere personală dintr-un material informativ pus la dispoziţie de către Dl procuror-şef Dragoş Nestor. Domnia sa, a participat, în cursul anului 1999, la o conferinţă regională în Iugoslavia, organizată de către Uniunea Europeana, cu tema: "*Lupta Împotriva Drogurilor*".

II. Posesia de droguri pentru consum este o infracţiune delimitată şi în teorie poate duce la o pedeapsă cu închisoarea de până la 6 luni. Decizia este amânată pentru doi ani pentru a împiedică reluarea procesului pentru urmarea voluntară a unui tratament de specialitate.

III. Procurorul poate renunţa la acuzaţii dacă şi consumatorul este de acord să urmeze un tratament de dezintoxicăre .

IV. Pedeapsa este de până la cinci ani închisoare.

BELGIA

I. Consumul colectiv de stupefiante constituie o infracţiune care este pedepsită cu închisoarea de la 3 luni până la 5 ani.

II. Posesia pentru consum nu este o infracţiune specifică. Este însă incriminată în cadrul infracţiunii de posesie de narcotice în relaţie cu traficul în general.

III. Executarea pedepsei poate fi suspendată dacă şi consumatorul este de acord să urmeze tratament .

IV. Documentul din 26 mai 1993 recomandă distincţia între consumatorii ocazionali, cei obişnuiţi şi traficanţi.

V. Pedeapsa se încadrează între următoarele limite :

- 3 luni până la 5 ani închisoare.

- 20 de ani dacă există circumstanţe agravante.

DANEMARCA

I. Consumul de stupefiante nu este o infracţiune clar delimitată.

II. Posesia pentru consum personal de stupefiante, nu constituie o infracţiune distinctă. Este însă incriminată în cadrul infracţiunii de deţinere de stupefiante în legătură cu traficul în general.

III. Posesia de cannabis pentru consum propriu aduce în general un avertisment, o amendă sau o mică pedeapsă cu închisoarea. Sancţiunile sunt mai drastice cu posesia altor tipuri de droguri.

IV. Regimul sancţionator constă în pedeapsa cu închisoarea de până la doi ani sau şase ani dacă există circumstanţe agravante.

FINLANDA

I. Consumul de stupefiante este o infracţiune incriminată şi poate fi sancţionată cu închisoare până la doi ani. Pedeapsa poate fi înlăturată dacă şi consumatorul acceptă să urmeze un tratament de dezintoxicăre.

II. Deţinerea în scop de consum nu este incriminată ca infracţiune. Este încadrată în infracţiunea de posesie, deţinerea de stupefiante în general, în relaţie cu traficul în general.

III. Procurorul are posibilitatea de a renunţa la acuzaţii dacă şi consumatorul acceptă să urmeze tratament.

IV. Pedeapsa este închisoarea de până la doi ani pentru posesie de cannabis şi până la zece ani pentru alte tipuri de droguri.

FRANŢA

I. Consumul de stupefiante este o infracţiune specifică ce poate fi sancţionată cu închisoarea de la două luni la un an. Totuşi există varianta tratamentului (obligarea sau ordinul de tratament medical) ca o alternativă a închisorii.

II. Deţinerea în scopul consumului nu este incriminată ca infracţiune. Este însă încadrată în infracţiunea de deţinere de stupefiante, în legătură cu traficul în general.

III. Documentul Pelletier, din 1978, recomandă că posesia de mici cantitaţi de cannabis să fie sancţionată la fel ca şi consumul de cannabis.

Documentul Chalandon, din 1987, recomandă că persoanele care sunt dependente şi consumatorii integraţi în societate să fie sancţionati cu un avertisment cu privire la drogul folosit.

IV. Pedeapsa este de până la douăzeci de ani închisoare şi treizeci de ani dacă există circumstanţe agravante.

GERMANIA

I. Consumul de droguri nu este incriminat ca infracţiune .

II. Deţinerea în scop de consum este o infracţiune incriminată, iar în teorie, atrage o pedeapsă între trei luni şi cinci ani. Pedepsele mai mici de doi ani pot fi suspendate pentru ca toxicomanul să primească tratament.

III. În timp ce confirmă faptul că deţinerea este o infracţiune, în aprilie 1994, Curtea Constituţionala recomandă că acuzaţiile în cazul deţinerii sau chiar în cazul unor mici cantitaţi de cannabis pentru consum personal să nu mai fie incriminate .

IV. Sancţiunea este de la unu la cinci ani închisoare sau până la cincisprezece ani dacă există circumstanţe agravante.

GRECIA

I. Consumul de droguri nu are o incriminare clară.

II. Deţinerea în scop de consum este o infracţiune incriminată şi în teorie implică o pedeapsă între zece zile şi cinci ani închisoare pentru consumatorii ocazionali. Toxicomanii dependenţi nu fac obiectul punităiunii, dar sunt obligaţi să urmeze un tratament obligatoriu. Ei sunt consideraţi ca fiind lipsiţi de discernământ.

III. Expertiză medicală (cu rezerva unei pedepse dacă individul refuză) determină dacă individul este sau nu dependent. Pentru prima comitere a faptei consumatorul ocazional (un non-dependet) de stupefiante poate fi pus în libertate .

IV. Pedeapsa este închisoarea de la cinci ani la douazeci de ani sau detenţiune pe viaţa dacă există circumstanţe agravante.

IRLANDA

I. Consumul de stupefiante nu este în mod direct incriminat, cu excepţia în teorie, a consumului de opiu, care implică o pedeapsă de până la 14 ani închisoare.

II. Deţinerea pentru consumul propriu este o infracţiune specifică şi implică o amendă pentru primele două abateri, apoi închisoarea de până la trei ani pentru aşa numitele soft-drugs.

Deţinerea altor tipuri de droguri implică o pedeapsă cu închisoarea de până la şapte ani, chiar de la prima infracţiune de acest tip comisă.

III. Pedeapsa poate fi suspendată dacă şi consumatorul este de acord să primească tratament. Consumatorii dependenţi pot fi obligaţi să se supuna tratamentului de dezintoxicare.

IV. Pedeapsa pentru deţinere de cannabis este până la şapte ani închisoare. Pentru alte tipuri de droguri poate fi chiar detenţia pe viaţa.

ITALIA

I. Consumul de stupefiante nu este incriminat ca o infracţiune în Italia. Nota: Între anii 1990 şi 1993 legea italiană a avut unele dispoziţii neobişnuite sau chiar neconcordante în sensul că interzicea consumul de stupefiante dar nu asigura nici un fel de sancţiune pentru această faptă.

II. Deţinerea în scop de consum nu a mai constituit o infracţiune încă de la referendumul din 1993. Procurorul are sarcina de a decide, de a fixa cantitatea implicată în deţinere. Consumatorului îi este adresat un ordin al Prefectului în sensul urmării unui tratament. Dacă refuză există o serie de sancţiuni administrative ce îi pot fi aplicate ca de pildă: suspendarea permisului de conducere, retragerea paşaportului şi a asistenţei comunitare.

III. Între anii 1990 şi 1993 o dublă examinare era necesară pentru a putea preveni o reluare a cauzei şi anume :

- determinarea unei cantităţi exacte deţinute în scop de consum.

- o expertiză medicală pentru a stabili dacă persoana consumatoare este dependentă.

Sistemul a dat greş datorită complexităţii sale.

IV. Pedeapsa pentru deţinere de cannabis poate fi de până la doi ani închisoare. Pedeapsa pentru deţinerea altor tipuri de droguri este închisoarea de la 4 la 5 ani.

LUXEMBURG

I. Consumul de stupefiante este o infracţiune specifică şi implică o pedeapsă cu închisoarea de la trei luni la trei ani dacă este un singur autor al infracţiunii sau

între un an şi cinci ani în eventualitatea existenţei mai multor coautori sau în cazul reiterării infracţiunii ori atunci când sănătatea vreunei persoane este atinsă.

II. Deţinerea în scop de consum este o infracţiune specifică şi în teorie, implică o pedeapsă între trei luni şi trei ani închisoare. Închisoarea poate fi înlocuită cu serviciul în folosul comunităţii. Acelaşi lucru se aplică şi folosirii ilicite.

Analiza sângelui sau a urinei poate fi cerută ca probă (dacă suspectul refuză poate fi sancţionat).

III. Procurorul are posibilitatea de a renunţa la acuzaţii dacă şi consumatorul este de acord să urmeze un tratament de specialitate. Consumatorul poate fi absolvit şi lăsat în libertate pentru prima săvârşire a infracţiunii.

IV. Toxicomanii sunt obligaţi să urmeze un tratament medical.

Pedeapsa este închisoarea de la unu la cinci ani sau detenţia pe viaţă dacă există circumstanţe agravante.

OLANDA

I. Consumul de stupefiante este reglementat ca infracţiune distinctă. Un toxicoman poate fi internat oficial într-un spital de psihiatrie.

II. Deţinerea de stupefiante în scop de consum reprezintă o infracţiune şi în teorie, atrage pedeapsa închisorii de până la trei luni, în cazul aşa numitelor soft-drugs, sau până la un an în cazul aşa numitelor hard-drugs.

III. Vânzarea cannabisului este tolerată în magazinele de cafea. Până în 1995 se putea vinde o cantitate maxima de 30 de grame, iar ăn prezent nu mai mult de cinci grame. Aceleaşi reguli se aplică şi posesiei în scopul consumului. Astfel deţinerea unei singure doze de aşa numite hard-drugs, este tolerată.

IV. Pedeapsa pentru deţinere de cannabis este de până la patru ani închisoare. Pedeapsa pentru deţinerea altor tipuri de droguri este închisoarea până la 12 ani.

PORTUGALIA

I. Consumul de stupefiante constituie infracţiune şi atrage o pedeapsă cu închisoarea de până la trei luni sau o amenda pe treizeci de zile.

II. Deţinerea în scop de consum este incriminată ca infracţiune şi este pedepsită cu până la trei luni închisoare sau o amenda pe treizeci de zile dacă şi cantitatea nu este mai mare de trei doze zilnice.

III. În 1993 legea care pedepseşte consumul obligă judecătorul la o atentă examinare a cauzei. Pedeapsa poate fi înlăturată la prima abatere. Pedeapsa poate fi suspendată dacă şi consumatorul urmează un tratament.

IV. Pedeapsa poate oscila între patru şi cincisprezece ani închisoare.

SPANIA

I. Consumul în public de stupefiante poate antrena o sancțiune cu caracter administrativ (amenda, suspendarea permisului de conducere etc.) impusă de primar (sau prefect în marile oraşe).

II. Deținerea în scop de consum poate antrena tot o sancțiune cu caracter administrativ.

III. Legea din 21 februarie 1992 acoperă toate drogurile inclusiv cannabis (în legislația anterioară consumul acestuia şi al heroinei erau libere). Natura substanței este luată în considerare la determinarea şi severitatea sancțiunii administrative.

IV. Pedeapsa pentru deținere de canabbis este închisoarea de la 10 la 17 ani; iar pentru alte droguri de la 14 la 23 de ani.

SUEDIA

I. Consumul de stupefiante nu este în mod direct incriminat.

II. Deținerea în scop de consum este o infracțiune specifică şi în teorie, poate duce la o pedeapsă cu închisoarea de până la 6 luni. Curtea de judecată este obligată să determine tratamentul pe care consumatorul este obligat să-l urmeze.

III. În practică, deținerea unei mici cantități de cannabis sau amphetamine, pentru consum, poate fi sancționată cu o amendă. Deținerea, chiar şi a unei mici cantități de heroina sau cocaină este strict sancționată cu închisoarea.

IV. Pedeapsa este de până la trei ani închisoare sau între doi şi douăzeci de ani dacă există circumstanțe agravante.

MAREA BRITANIE

I. Consumul de stupefiante nu este privit în mod direct ca infracțiune, cu excepția consumului de opiu care poate fi pedepsit cu închisoare de până la 14 ani.

II. Deținerea în scop de consum este o infracțiune specifică şi în teorie este pedepsită astfel:

- până la şapte ani pentru Tabelul A (heroină, L.S.D, X.T.C)
- până la cinci ani pentru Tabelul B (cannabis, codeină)
- până la doi ani pentru Tabelul C (amphetamine, benzodiazepine)

III. În practică deținerea de cannabis în scop de consum duce doar la un avertisment, o amendă sau o scurtă perioadă de închisoare. Pedepse severe se aplică altor tipuri de droguri.

IV. Deținerea se poate solda cu :

- detenție pe viață (Tabel A)
- până la 14 ani închisoare (Tabel B)
- până la cinci ani închisoare (Tabel C)

Secţiunea 8 – Reglementări anterioare. Legislaţie românească.

Primele incriminari cu privire la substanţele toxice (otrăvuri) întâlnim încă din vremea *Pravilei lui Vasile Lupu* apoi în *Cartea Românească de Învăţătură de pravile împărăteşti şi de la alte giudeţe* (4 mai 1646) apoi în 1652 *Îndreptarea Legii* aparută în timpul domniei lui Matei Basarab.

Aceste monumente de limbă şi cultură românească vorbesc de "vânzătorul de miroase" care se ocupa de otrăvuri ca şi de ierburi de leac, "vrancevanii" cărora le era cu desăvârşire interzis să elibereze altcuiva decât vracilor substanţele şi produsele cu calităţi otrăvitoare şi nu prostituatelor sau bolnavilor psihici, fiind consideraţi în caz contrar ucigaşi şi pedepsiţi ca atare[38].

De la Dimitrie Cantemir aflăm de "apotecar", "adică acela ce şade în prăvălie şi mai cu deadins acela ce vinde erbi de doftorie"[39].

Domnitorul muntean Nicolae Caragea[40] într-un act datat 1 septembrie 1782 înăspreşte condiţiile în care negustorii pot face comerţ cu medicamente. Caragea le solicită deplina ascultare "iar întralt chip să nu cuteze căci la vreo întâmplare de vreo pricina, acel vânzător va fi vinovat şi se va pedepsi cu târg şi ocnă".

Din porunca domnitorului Alexandru Şuţu se elaborează un nou regulament la 4 noiembrie 1818 din care citãm un articol ce ni se pare mai edificator: "*Băcanii, evreii şi argintarii, care aduc şi pun în vânzare medicamente periculoase ca sublimat, opiu, arsenic şi specimene mercuriale, nu vor putea vinde în detaliu, ci numai en gros şi numai la farmacişti, dar din contra vor fi pedepsiţi în raport cu delictul comis şi cu amendă în bani în folosul spitalului. Pentru care poliţia să le trimită acum îndată la înaintare ca să nu aibă în urmă pretex de scuză*".

Pentru prima dată în 1928 se ajunge la incriminarea traficului ilicit de stupefiante, în înţelesul art. 312 din Codul Penal de astăzi, prin Legea nr. 58.

Promotorii acestei legi sunt farmaciştii Alexandru Ileanu, Racoviţă şi Ion Vintilescu.

Legea nr. 58 a intrat în vigoare la 12 aprilie 1928 fiind publicată în Monitorul Oficial nr. 90.

Potrivit acestei legi sunt considerate stupefiante următoarele substanţe: opiul şi preparatele sale sub orice formă, principii săi activi, derivaţii acestora precum morfina, codeina, etc; cocaina şi derivaţii săi; hashishul şi preparatele sale; eterul în stare pură sau amestecat cu alte substanţe destinate a fi luate intern, precum şi orice alte substanţe naturale sau sintetice cu efecte similare acestora.

În continuare se precizează în lege, că un tablou întocmit de Comisiunea Chimico-Farmaceutică şi aprobată de Consiliul Sanitar Superior, anexat în regulamentul acestei legi, va denumi toate substanţele stupefiante.

Latura obiectivă a infracţiunii prevăzută de Lg. Nr. 58/1928 se prezintă astfel:

"Importul, fabricarea, debitarea, şi comerţul substanţelor stupefiante sunt interzise afară de Institutele care vor avea autorizaţiunea specială din partea Ministerului şi de Farmacii".

Sancţiunile prevăzute de Legea 58/1928 sunt prezentate în mod diferenţiat astfel :

"Orice alte persoane care vor importa, fabrica, deţine sau vinde substanţe stupefiante, care ar înlesni procurarea sau întrebuinţarea lor, se vor pedepsi după distincţiunile următoare:

a) Acei care vor importa sau încerca să importe în mod clandestin, precum şi acei care vor fabrica sau încerca să fabrice substanţe stupefiante, fără autorizaţiunea specială din partea Ministerului, se vor pedepsi cu pedeapsa de la 1-2 ani închisoare şi amendă de la 10000-100000 lei.

b) Acei care deţin orice cantitate sau care s-ar găsi purtând asupra lor, fără motiv legitim astfel de substanţe, sau acei care prin mijlocul ordonanţelor medicale fictive vor fi obţinut sau încercat a obţine, se vor pedepsi cu închisoare de la 6 luni la 1 an şi amendă de la 10000-100000 lei.

c) Acei care vor întrebuinţa în societatea altora sus-zisele substanţe sau vor fi oferit sau înlesnit altuia întrebuinţarea lor, în mod gratuit sau cu plată, fie procurând în acest scop un local, fie prin orice mijloc, se vor pedepsi cu închisoare de la 6 luni la 1 an şi cu amenda de la 10000-100000 lei.

d) Medicii care vor înlesni procurarea şi întrebuinţarea abuzivă, constatată ca atare de Consiliul Sanitar Superior precum şi farmaciştii care vor vinde aceste substanţe fără ordonanţe medicale sau pe baza de ordonanţe medicale cunoscute de ei ca false sau fictive, se vor pedepsi cu închisoarea de la 6 luni la 1 an şi cu amenda de la 10000-100000 lei.

e) Acei care în urma punerii în aplicare a acestei legi ar deţine vreo cantitate din sus zisele substanţe fără autorizarea legală şi nu vor fi declarat în termen de 20 de zile, se vor pedepsi cu pedeapsa prevazută la litera b.

Se pedepsesc ca complici agenţii vamali sau oricare alţi funcţionari care vor înlesni intrarea frauduloasă în ţara a substanţelor stupefiante.

În toate cazurile de mai sus substanţele găsite se vor confisca".

După cum se poate observa din textul Legii 58/1928, latura constitutivă a acesteia nu este arhaică ea semănând întrucâtva cu latura constitutivă a articolului 312 din Codul Penal.

O noţiune asemănătoare "apotecarilor" lui Dimitrie Cantemir se întâlneşte în Codul Penal Carol al-II-lea. Astfel conform articolului 381 "*Acela care făcând comerţ cu substanţe medicamentoase sau droguri cu sau fără autorizaţie, le vinde calitativ sau cantitativ în neconformitate cu ordonanţă medicală sau altfel de cum au fost declarate sau convenite, dacă prin aceasta ar putea produce pericol pentru sănătate, comite delictul de vânzare de medicamente primejdioase pentru sănătate şi se pedepseşte cu închisoare corecţională de la două luni la un an şi amenda de la 2000 la 3000 lei*".

Dar referirea pincipală la traficul de stupefiante ca de altfel şi prima codificare a infracţiunii se află în art. 382 din Codul Penal Carol al- II – lea de la 1937.

Textul incriminator al articolului se prezintă astfel :

"Acela care fără autorizaţie, importă, prepară sau deţine substanţe stupefiante în scop de a le vinde în mod clandestin sau fraudulos, precum şi acela care vinde în mod clandestin şi fraudulos astfel de substanţe comite delictul de comerţ clandestin de stupefiante şi se pedepseşte cu închisoare corecţională de la unu la trei ani şi amendă de la 2000 la 5000 lei.

Pedeapsa prevăzută în alin.1 se aplică şi aceluia care întrebuinţează sau lasă să se întrebuinţeze un local pentru întâlnirea mai multor persoane care se dedau la consumarea de stupefiante.

Medicul care prescrie unei persoane substanţe stupefiante fără nevoie temeinică, precum şi farmacistul care le vinde, fără o prescripţie medicală, sau le vinde cu prescripţie medicală falsă, se pedepsesc potrivit alin.1 al acestui articol".

La data de 18 decembrie 1952 este emis Decretul 496 ce avea ca obiect de reglementare, regimul substanţelor toxice în România[41].

În această privinţă Prezidiul Marii Adunări Naţionale a Republicii Populare Române decreta că, "Fabricarea, producerea, experimentarea, prelucrarea, vânzarea, cumpărarea, transportul, deţinerea sau întrebuinţarea substanţelor şi produselor toxice sunt permise numai organelor şi instituţiilor de stat ca şi întreprinderilor şi organizaţiilor economice de stat şi cooperaţiste care sunt obligate a se înregistra în acest scop la organele Miliţiei".

O lege privind regimul produselor şi al substanţelor stupefiante a fost dată în 1969.

Din acest an Legea 73 a constituit placa turnantă a articolului 312 Cod Penal. Legea 73/1969 a fost publicată în Buletinul Oficial numărul 154 din 1970.

Potrivit prevederilor articolului 1 din această lege: "sunt interzise în România producerea, deţinerea sau orice operaţie privind circulaţia produselor ori a substanţelor stupefiante, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor care conţin substanţe stupefiante, prescrierea de către medic fără a fi necesar, a produselor sau substanţelor stupefiante, precum şi organizarea sau îngăduirea consumului acestora în locuri anumite.

De asemenea sunt interzise experimentarea produselor sau substanţelor stupefiante, administrarea acestora sub orice forma unei alte persoane fără indicaţie medicală, precum şi recoltarea sau deţinerea în scop de prelucrare, a plantelor care conţin substanţe stupefiante".

Prin "producerea, deţinerea sau orice operaţie privind circulaţia produselor ori substanţelor stupefiante", se înţelege după caz "fabricarea, extracţia, condiţionarea, preparare, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, cumpărarea, distribuirea şi transportul sub orice formă ale acestor produse sau substanţe".

Articolul 3 al acestei legi precizează că: "activităţile prevăzute în articolul unu sunt permise prin derogare de la prevederile acelui articol, numai în scop uman sau veterinar, ştiinţific sau industrial, pe baza autorizaţiei eliberate de Ministerul Sănătăţii".

Cu privire la regimul sancţionator articolul 16 din Legea 73/1969 stipulează expres că "nerespectarea articolului unu alin. 1 se pedepseşte conform dispoziţiilor prevăzute de articolul 312 Cod Penal" totodată "constituie infracţiune şi se pedepsesc cu pedeapsa prevazută de articolul 312 din Codul Penal, nerespectarea dispoziţiilor art. 1 alin.2"

În anul 1979 Consiliul de Stat a emis Decretul 466 din 28 decembrie, cu privire la regimul produselor şi substanţelor toxice. Decretul 466 a fost publicat în Buletinul Oficial nr. 2 din 3 ianuarie 1980.

Articolul unu al acestui decret are un conţinut relativ asemănător cu art. 1 al Legii 73/1969, în ceea ce priveşte latura constitutivă. Astfel: "Producerea, deţinerea sau orice activitate privind circulaţia produselor şi substanţelor toxice, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor care conţin astfel de substanţe, precum şi experimentarea produselor sau substanţelor toxice, sunt supuse regimului stabilit prin prezentul decret. Prin producerea, deţinerea sau orice activitate privind circulaţia produselor sau substanţelor toxice se înţelege după caz: fabricarea, prepararea, experimentarea, condiţionarea, livrarea, procurarea, folosirea, ambalarea, transportul, depozitarea, manipularea, importul şi exportul acestor produse sau substanţe".

Articolul 14 al aceluiaşi Decret 466 conţine regimul sancţionator şi anume: "Producerea, deţinerea sau orice operaţie privind circulaţia produselor sau substanţelor toxice, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor care conţin astfel de substanţe, ori experimentarea produselor sau substanţelor toxice, toate acestea fără drept, constituie infracţiune şi se pedepseşte potrivit art. 312 alin.1 din Codul Penal".

O altă reglementare anterioară, în ceea ce priveşte traficul de stupefiante, se află în codificarea infracţiunii în Codul din 1969.

Cu toate că art. 312 şi-a păstrat în mare trăsăturile de bază, el a fost modificat prin Legea nr.140 din 4 noiembrie 1996. Astfel, textul incriminator din codul penal anterior modificarii se prezenta astfel:

"Producerea, deţinerea sau orice operaţie privind circulaţia produselor sau substanţelor stupefiante sau toxice, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor care conţin astfel de substanţe sau experimentarea produselor sau substanţelor toxice, toate acestea fără drept se pedepsesc cu închisoare de la 6 luni la 5 ani.

Cu aceaşi pedeapsă se sancţionează prescrierea de către medic, fără a fi necesar, a produselor sau substanţelor stupefiante precum şi organizarea sau îngăduirea consumului de asemenea produse sau substanţe, în locuri anumite".

Odată cu modificările codului penal aduse de Legea nr.140, s-a modificat şi art.312. Astfel regimul sancţionator al alin.1 s-a înăsprit, pedeapsa fiind după modificare de la 3 ani la 15 ani închisoare.

Totodată s-a luat în calcul pericolul sporit ce îl prezintă crima organizată în speţă săvârşirea infracţiunii de trafic de stupefiante în mod organizat. Potrivit modificărilor aduse de Legea nr.140/1996 pentru săvârşirea în mod organizat a infracţiunii de trafic de stupefiante pedeapsa este detenţiunea pe viaţa sau închisoarea de la 15 la 25 de ani şi interzicerea unor drepturi.

Prevederile art.312 din Codul Penal sunt in prezent partial abrogate de noua Lege privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri nr.143/2000. Această lege constituie cadrul legal de desfasurare a activitatilor legate de combaterea traficului si consumului ilicit de droguri; in acelasi timp dispozitiile care nu contravin Legii 143/2000 sunt in continuare în vigoare astfel cum prevede art.32 din Legea nr.143/2000. Articolul 312 din Codul Penal este in continuare valabil însă numai în ceea ce priveste regimul substantelor toxice care nu au în prezent o altă incriminare. Considerăm că titlul art.312 de "trafic de stupefiante" este impropriu si ar trebui modificat în "trafic de substanţe toxice", pentru a nu se naşte interpretari nedorite.

Secţiunea 9 – Legislaţia actuală în materia stupefiantelor.

• Codul Penal Român prin articolul 312 a reprezentat legea de bază în domeniul stupefiantelor pana la aparitia legii speciale nr.143/2000.

• O incriminare specială referitoare la droguri este prevăzută de Legea nr.141 din 23. 07. 1997 privind Codul Vamal al României, în art.176:

> "Trecerea peste frontieră, fără autorizaţie, a armelor, muniţiilor, materiilor explozive sau radioactive, produselor şi substanţelor stupefiante şi psihotrope, precursorilor şi substanţelor chimice esenţiale, produselor şi substanţelor toxice

constituie infracţiunea de *contrabandă calificată* şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 12 ani şi interzicerea unor drepturi, dacă legea penală nu prevede o pedeapsă mai mare."

• Legea nr. 73/1969 privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante şi Instrucţiunile Ministerului nr.103/1970 pentru executarea prevederilor din Legea nr.73/1969.

Cele două acte normative reglementează modul de fabricare, extracţie, condiţionare, preparare, depozitare, administrare, distribuire şi transport al anumitor produse şi substanţe stupefiante precizate în anexa acestei legi (Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii nr.103/1970).

Aceste acte normative au ramas in vigoare, dispozitiile acestora aplicandu-se in continuare in masura in care nu vin in contradictie cu Legea nr.143/2000. Prezenta situatie este posibila deoarece Legea 143 nu a abrogat expres decat dispozitiile art.312 din Codul Penal referitoare la traficul de stupefiante restul actelor normative ce reglementau regimul stupefiantelor ramanand in vigoare cu exceptia cazului in care s-ar dovedi contrare noilor dispozitii prevazute de Legea143.

• Decretul 466 din 28 decembrie 1979 privind regimul substanţelor toxice, în categoria cărora intră şi unele dintre substanţele chimice esenţiale şi precursori precum şi câteva din substanţele cu efect psihotrop prevăzută de Convenţia din 1971 (acidul lisergic, efedrina, ergotamina, ergometrina).

• Hotărârea Guvernului nr. 75/1991 privind stabilirea şi sancţionarea contravenţiilor la normele privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante.

• Ordinul ministrului Industriei şi Comerţului nr. 90 din 1996 privind acordarea licenţelor de import-export pentru unele substanţe chimice introduse sub control internaţional (sunt cuprinse toate cele 22 de substanţe prevăzute în anexa 2 la Convenţia Natiunilor Unite din 1988, modificată ca urmare a recomandărilor făcute cu prilejul celei de-a-35-a sesiuni a Comisiei pentru Stupefiante).

Potrivit acestui ordin, eliberarea licenţelor de import-export pentru aceste 22 de produse chimice apte a fi deturnate pentru a servi la fabricarea ilicită a drogurilor trebuie să aibă la bază acordul scris al Direcţiei Arme, Explozivi, Substanţe toxice din Inspectoratul General al Poliţiei.

• Ordinul nr.317/1987, emis de Ministerul Sănătăţii cu privire la lista substanţelor stupefiante admise, dat în aplicare Legii nr. 73/ 1969.

• Ordinul nr.40/1991 privind regimul de control al exporturilor de materiale, substanţe chimice, agenţi biologici, tehnologii, instalaţii şi componente ale acestora care ar putea contribui la proliferarea armelor nucleare, chimice şi biologice precum şi a rachetelor purtătoare de asemenea arme.

• Hotarârea Guvernului nr.329 din 12 iulie 1999 privind înfiinţarea Comitetului Interministrial de Luptă Împotriva Drogurilor, comitet ce are misiunea de a facilita şi eficientiza comunicarea şi colaborarea dintre Ministerul de Interne, pe de-o parte şi alte autorităţi ale administraţiei publice centrale şi locale, pe de altă parte, precum şi de a fundamenta ordinele sau după caz, deciziile acestora privind măsurile adoptate şi acţiunile corelate, întreprinse în lupta împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri.

• Legea nr. 12/ 1999 privind Spălarea Banilor.

• În prezent *art.312 din Codul Penal* referitor la traficul de stupefiante a fost abrogat cu privire la acest aspect, el incriminând însă, în continuare traficul de substante toxice.

Locul art.312 a fost luat de *Legea privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri* nr.143 din 26 iulie 2000.

Această lege a fost întocmită după modelul pregătit de O.N.U şi ţine cont de prevederile celor trei convenţii internaţionale şi se inspiră şi din legislaţia altor ţări din Europa Occidentală. Ea urmăreşte în principal două ţeluri:

- înăsprirea atitudinii faţă de ofertanţii de droguri;
- încurajarea toxicomanilor în a urma un tratament adecvat pentru dezintoxicare;

▪ Hotarârea de Guvern nr.1359/2000, pentru aprobarea regulamentului de aplicare al Legii nr.143/2000. Aceasta hotarare se refera la forma pe care trebuie sa o imbrace angajamentul toxicomanului în cazul internarii la cerere pentru efectuarea curei de dezintoxicare;

▪ Hotarârea de Guvern nr.1559/2000, ce se refera la criteriile de includere în programul de substitutie ambulatoriu – menţinere pe metadona.

Note-CAP.I.

1. Gheorghe Diaconescu, *Infracţiunile în Legi Speciale Penale şi Extrapenale*, **Ed. Oscar Print, Bucureşti-1997, pag.347;**
2. Octavian Loghin, Tudorel Toader, *Drept Penal Român – partea specială*, **Casa de editură şi presă "Şansa" S.R.L, Bucureşti-1998, pag.545;**
3. Constantin Bulai, Avram Filipaş, Constantin Mitrache, *Drept Penal Român – Curs selectiv pentru licenţă,* **Ed.Edit Press Mihaela S.R.L, Bucureşti, 1997, pag.573;**
4. Teodor Vasiliu, *Codul Penal Român – comentat şi adnotat*, **Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti-1975, pag.396;**
5. Cristian Ionescu, *Drept Constituţional şi Instituţii Politice*, **Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 1997, pag.163;**
6. Prof. univ. Ioan Muraru, *Drept Constituţional şi Institutii Politice*, **Ed. Actami, Bucureşti-1995, pag.246-247;**
7. Stelian Ţurlea, *Bomba Drogurilor*, **Ed. Humanitas, Bucureşti-1970, pag.5;**
8. Dic Baboian, *Paşaport pentru Infern*, **Ed. EP, Bucureşti-1970, pag.39-40;**
9. Stelian Ţurlea, *op. cit.*, **pag.17;**
10. Ronald K. Siegel, *Intoxication ("Life in Pursuit of Artificial Paradise")*, **Ed. E.P. Dutton, New-York-1989;**
11. Jenică Drăgan, *Drogurile în viaţa românilor*, **Ed. Magicart Design, Bucureşti-1996, vol.I, pag.7;**
12. A.R.L.I.D (Asociaţia Română de Luptă Împotriva Drogurilor), *Material Informativ "Totul despre droguri"*, **1996, pag.121;**
13. Ronald K. Siegel, *op. cit.*, **pag.128;**
14. A.R.L.I.D, *op.cit.*,**pag.121;**
15. Dic Baboian, *op. cit.*,**pag.62;**
16. Dic Baboian,*op. cit.*, **pag.132;**
17. Steven B. Karch, *Drug Abuse Hand-Booke*, **C.R.C. Press L.L.C, 1998, pag.5;**
18. Dic Baboian, *op. cit.*, **pag.132;**
19. Dic Baboian, *op. cit.*, **pag.139;**
20. Ronald K. Siegel, *op. cit.*, **pag169;**
21. **Idem 20;**
22. Steven B. Karch, *op. cit.*,
23. Jenică Drăgan, *Dicţionar Enciclopedic de Droguri*, **Ministerul de Interne, Serviciul Editorial, 1991, pag.75;**
24. A.R.L.I.D, *op. cit.*, **pag.122;**
25. **Idem 24**
26. **Idem 24**
27. Steven B. Karch, *op. cit.*, **pag.173;**
28. Gheorghe Diaconescu, *op. cit.*, **pag.353;**
29. **Idem 27**
30. Stelian Ţurlea, *op. cit.*, **pag.31;**
31. A.R.L.I.D, *op. cit.*, **pag.124;**
32. **Idem 31**
33. Stelian Ţurlea,*op. cit.*, **pag 31;**
34. A.R.L.I.D, *op. cit.*, **pag.124;**
35. A.R.L.I.D,*op. cit.*, **pag. 125;**
36. **Idem 35**
37. Grigore Geamănu, *Dreptul Internaţional Penal şi Infracţiunile Internaţionale*, **Ed. Academiei R.S.R, Bucureşti-1977, pag.188;**
38. Jenică Drăgan, *op. cit.*, **pag.261;**
39 Samarian Ghe. Pompei, *Medicina şi Farmacia în trecutul românesc*, **Ed. Timpul, Călăraşi-1935, pag.44-45;**
40 Jenică Drăgan, *op. cit.*, **pag.263;**
41 Samarian Ghe. Pompei, *op. cit.*, **pag.152.**

TRAFICUL DE STUPEFIANTE CA INFRACȚIUNE ÎN LEGISLAȚIA ROMÂNĂ

Secţiunea 1 – Legislaţia actuală în materia stupefiantelor.

• Codul Penal Român prin articolul 312 a reprezentat legea de bază în domeniul stupefiantelor pana la aparitia legii speciale nr.143/2000.

• O incriminare specială referitoare la droguri este prevăzută de Legea nr.141 din 23. 07. 1997 privind Codul Vamal al României, în art.176:

> "Trecerea peste frontieră, fără autorizaţie, a armelor, muniţiilor, materiilor explozive sau radioactive, produselor şi substanţelor stupefiante şi psihotrope, precursorilor şi substanţelor chimice esenţiale, produselor şi substanţelor toxice constituie infracţiunea de *contrabandă calificată* şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 12 ani şi interzicerea unor drepturi, dacă legea penală nu prevede o pedeapsă mai mare."

• Legea nr. 73/1969 privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante şi Instrucţiunile Ministerului nr.103/1970 pentru executarea prevederilor din Legea nr.73/1969.

Cele două acte normative reglementează modul de fabricare, extracţie, condiţionare, preparare, depozitare, administrare, distribuire şi transport al anumitor produse şi substanţe stupefiante precizate în anexa acestei legi (Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii nr.103/1970).

Aceste acte normative au ramas in vigoare, dispozitiile acestora aplicându-se in continuare in masura in care nu vin in contradictie cu Legea nr.143/2000. Prezenta situatie este posibila deoarece Legea 143 nu a abrogat expres decat dispozitiile art.312 din Codul Penal referitoare la traficul de stupefiante restul actelor normative ce reglementau regimul stupefiantelor ramanand in vigoare cu exceptia cazului in care s-ar dovedi contrare noilor dispozitii prevazute de Legea143.

• Decretul 466 din 28 decembrie 1979 privind regimul substanţelor toxice, în categoria cărora intră şi unele dintre substanţele chimice esenţiale şi precursori precum şi câteva din substanţele cu efect psihotrop prevăzută de Convenţia din 1971 (acidul lisergic, efedrina, ergotamina, ergometrina).

• Hotărârea Guvernului nr. 75/1991 privind stabilirea şi sancţionarea contravenţiilor la normele privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante.

• Ordinul ministrului Industriei şi Comerţului nr. 90 din 1996 privind acordarea licenţelor de import-export pentru unele substanţe chimice introduse sub control internaţional (sunt cuprinse toate cele 22 de substanţe prevăzute în anexa 2 la Convenţia Natiunilor Unite din 1988, modificată ca urmare a recomandărilor făcute cu prilejul celei de-a-35-a sesiuni a Comisiei pentru Stupefiante).

Potrivit acestui ordin, eliberarea licenţelor de import-export pentru aceste 22 de produse chimice apte a fi deturnate pentru a servi la fabricarea ilicită a drogurilor trebuie să aibă la bază

acordul scris al Direcţiei Arme, Explozivi, Substanţe toxice din Inspectoratul General al Poliţiei.

• Ordinul nr.317/1987, emis de Ministerul Sănătăţii cu privire la lista substanţelor stupefiante admise, dat în aplicare Legii nr. 73/ 1969.

• Ordinul nr.40/1991 privind regimul de control al exporturilor de materiale, substanţe chimice, agenţi biologici, tehnologii, instalaţii şi componente ale acestora care ar putea contribui la proliferarea armelor nucleare, chimice şi biologice precum şi a rachetelor purtătoare de asemenea arme.

• Hotarârea Guvernului nr.329 din 12 iulie 1999 privind înfiinţarea Comitetului Interministrial de Luptă Împotriva Drogurilor, comitet ce are misiunea de a facilita şi eficientiza comunicarea şi colaborarea dintre Ministerul de Interne, pe de-o parte şi alte autorităţi ale administraţiei publice centrale şi locale, pe de altă parte, precum şi de a fundamenta ordinele sau după caz, deciziile acestora privind măsurile adoptate şi acţiunile corelate, întreprinse în lupta împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri.

• Legea nr. 12/ 1999 privind Spălarea Banilor.

• În prezent *art.312 din Codul Penal* referitor la traficul de stupefiante a fost abrogat cu privire la acest aspect, el incriminând însă, în continuare traficul de substante toxice.

Locul art.312 a fost luat de *Legea privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri* nr.143 din 26 iulie 2000.

Această lege a fost întocmită după modelul pregătit de O.N.U şi ţine cont de prevederile celor trei convenţii internaţionale şi se inspiră şi din legislaţia altor ţări din Europa Occidentală. Ea urmăreşte în principal două ţeluri:

- înăsprirea atitudinii faţă de ofertanţii de droguri;
- încurajarea toxicomanilor în a urma un tratament adecvat pentru dezintoxicare;

▪ Hotarârea de Guvern nr.1359/2000, pentru aprobarea regulamentului de aplicare al Legii nr.143/2000. Aceasta hotarare se refera la forma pe care trebuie sa o îmbrace angajamentul toxicomanului in cazul internarii la cerere pentru efectuarea curei de dezintoxicare;

▪ Hotarârea de Guvern nr.1559/2000, ce se refera la criteriile de includere in programul de substitutie ambulatoriu – mentinere pe metadona.

Secţiunea 2 – Legea nr.143/2000 privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri.

Analiza si comentariu

Explicarea unor termeni, expresii si concepte

Infracţiunea de trafic de stupefiante a suferit o modificare majoră, în cadrul conceptual al Codului Penal din 1969, prin Legea nr.140 din 4 noiembrie 1996, insa aceasta modificare s-a dovedit insuficienta pentru acoperirea din punct de vedere legal a problematicii complexe constituite de droguri

Astfel, prin aparitia Legii 143/2000, a luat fiinta un nou cadru legislativ al combaterii traficului si consumului de droguri in România, acest cadru dovedindu-se unul modern ce se aliniaza la standardele impuse de comunitatea internationala.

Substanţe aflate sub control national

Art.1 lit.a din Lg.143/2000, clarifica aceasta notiune, înţelegând prin substanţe aflate sub control naţional, "drogurile si precursorii inscrisi in tabelele anexă are fac parte integranta din prezenta lege". Cu titlu de exemplu menţionăm câteva substante aflate sub control national, inscrise in tabelele anexa :

- în tabelul I (heroina, L.S.D-ul, psilocybina, S.T.P-ul, etc)
- în tabelul II (amfetaminele, cocaina, metadona, etc)
- în tabelul III (aminorex, cannabis, diazepam, etc)
- în tabelul IV (efedrina, ergotamina, acidul lisergic, toluenul, acetona, anhidrida acetica, etc).

O modificare noua si binevenita o constituie precizarea facuta de legiuitor ca tabelele anexa fac parte integranta din prezenta lege. In vechea reglementare cea a art.312, stupefiantele, drogurile si substantele psihotrope erau prevazute in Instructiunile Ministerului Sanatatii nr.103/1970 insa aceste instructiuni reprezinta dispozitii legale cu caracter extrapenal. Astfel in virtutea acestui caracter se putea invoca de catre faptuitor eroarea de fapt, fiind inlaturat in acest fel caracterul penal al faptei.

Cu alte cuvinte faptuitorul invoca necunoasterea circumstantelor ca substanta gasita asupra sa reprezinta un drog in intelesul Instructiunilor nr.103/1970.

Desigur aceasta invocare a necunoasterii naturii unei substante nu era posibila in toate cazurile, astfel in cazul unui drog de notorietate, cum ar fi "heroina", prevederile Instructiunilor nr.103/1970, nu mai prezentau o reala importanta intrucat toti oamenii cunosc ca heroina este un drog puternic si deosebit de periculos.

Toata aceasta dizertatie a fost necesara pentru a demonstra caracterul benefic al prevederilor art.1 lit.a, care precizeaza ca tabelele anexa fac parte integranta din lege. In concluzie nu mai poate fi invocata necunoasterea legii intrucat Lg.143/2000 este o lege penala speciala, rationamentul meu fiind sustinut de prevederile art.51 alin.4 din Codul Penal ("Necunoasterea sau cunoasterea gresita a legii penale nu inlatura caracterul penal al faptei.") precum si de adagiul latin "*nemo censetur ignorare legem*" aplicabil tuturor normelor cu caracter penal.

In final legiuitorul precizeaza ca tabelele pot fi modificate prin ordonanata de urgenta a Guvernului prin inscrierea unei noi plante sau substante, prin radierea unei plante sau substante ori prin transferarea acestora dintr-un tabel in altul la propunerea ministrului sanatatii.

Droguri

In intelesul art.1 lit.b din Lg.143/2000, conceptul de "droguri" consta in "plantele si substantele stupefiante ori psihotrope sau amestecurile care contin asemenea plante si substante inscrise in tabelele nr.I-III".

Ceea ce omite legiuitorul sunt chiar conceptele de "stupefiant" si "substanta psihotropa" pe care am sa incerc in cele ce urmeaza sa le explic.

Stupefiant

Într-o prima opinie[1] prin stupefiant se înţelege acea substanţă toxică ce produce o stare de inerţie, de euforie trecătoare.

Într-o altă opinie[2] prin stupefiant înţelegem "substanţa medicamentoasă ce inhiba centrii nervosi, provocând o stare de inerţie fizică şi psihică şi care, folosită mult timp, duce la obişnuinţă şi la necesitatea unor doze crescânde."

Desigur că nici una din definiţiile prezentate mai sus nu prezintă noţiunea de stupefiant în adevăratul sens al cuvântului, noţiunea fiind deosebit de complexă. Din această cauză există de altfel o serie de divergenţe şi pe plan internaţional, neexistând nici la această ora o noţiune unanimă asupra semnificaţiei conceptului de stupefiant.

Totuşi există o noţiune internaţională a semnificaţiei substanţei stupefiante, consfinţită în Convenţia Unică din 1961, care satisface cerinţele în materie ale statelor membre.

Astfel prin "substanţa stupefiantă" Convenţia Unică înţelege "orice substanţă naturală sau sintetică ce figurează pe lista stupefiantelor" din cuprinsul Convenţiei .

Deoarece România a aderat, la Convenţia Unică asupra stupefiantelor (încheiată la New-York la 30 martie 1961), prin Decretul 626/1973, achiesez la ultima concepţie exprimată care deşi în aparenţă are un caracter general, în fapt serveşte cel mai bine la înţelegerea corectă a semnificaţiei .

Tot în cadrul Convenţiei Unice asupra Stupefiantelor aflăm că substanţele stupefiante pot fi naturale (opiu, cocaină, heroină, marijuana, haşiş, etc.) şi de sinteză (L.S.D- acid lisergic de diethilamidă, Extasis- metildioximetamfetamină etc.).

Substanta psihotropa

Substanţele psihotrope sunt definite şi omologate, ca semnificaţie pe plan internaţional prin Conveţia asupra Stupefiantelor Psihotrope încheiată la Viena în anul 1971.

Conform acestei Convenţii substanţele psihotrope sunt acelea care pot provoca:

- o stare de dependenţă ;
- o stimulare sau o depresie a Sistemului Nervos Central dând naştere la halucinaţii sau tulburări ale funcţiei motrice ori de judecată sau de comportament, ori de percepţie a umorului.

- abuzuri şi efecte nocive comparabile cu cele ale unei substanţe din Tablourile I, II, III şi IV.
- există suficiente motive de a se crede că substanţa dă sau riscă să dea naştere la abuzuri astfel încât să constituie o problemă de sănătate publică sau o problemă socială justificând să fie pusă astfel sub control internaţional.

De aceea legiuitorul român în mod greşit a introdus în lista substanţelor toxice din Decretul nr. 466/ 1979, acidul lisergic, care figureaza în lista substanţelor psihotrope adoptată de Convenţia din 1971.

Droguri de mare risc

Acest nou concept introdus in legislatia romaneasca este deosebit de important intrucat :

✓ imparte drogurile in functie de periculozitatea (toxicitatea) lor fizica si psihica

✓ in functie de gradul de toxicitate al acestora, se apreciaza in mod diferit si gradul de pericol social al infractiunii savarsite de faptuitor, acest pericol social reflectandu-se intr-un final in regimul sanctionator ce va fi ulterior aplicat.

Printre drogurile de mare risc amintim:

- (heroina, L.S.D-ul, mescalina, psilocybina, tetrahydrocanabinolul)
- (cocaina, fentanyl, metamfetamina, methadona, opiul)

Droguri de risc

In cazul in care obiectul material al infractiunii incriminate de Legea nr.143/2000, este constituit din droguri de risc suntem in prezenta unui regim sanctionator mai blând, am putea spune chiar favorizant.

In categoria drogurilor de risc legea include: aminorex, cannabis, rezina de cannabis si ulei de cannabis, diazepam etc).

Precursorii

Prin "precursori", art.1 lit.e, întelege: substantele utilizate frecvent in fabricarea drogurilor si inscrise in tabelul nr.IV din lege.

Acesti precursori la care se adauga si substantele chimice esentiale sunt intr-adevar compusi folositi in mod obisnuit la fabricarea unor produse ca: vopsele, pigmenti, parfumuri, lubrifianti si produse farmaceutice. Datorită proprietaţilor chimice, a apărut tendinţa deturnării şi folosirii în fabricarea unor droguri aflate sub controlul legislaţiei, lănsându-le astfel în producţia finală a drogurilor.

Substanţele chimice esenţiale care includ solvenţi şi reactivii sunt auxiliare, fără a fi specifice şi hotărâtoare în producţia finală a drogurilor.

Solvenţii reprezintă un mediu lichid în care se dizolvă substanţele chimice, permiţându-le astfel să reacţioneze împreună.

Reactivii sunt substanţe chimice necesare în transformarea precursorilor în droguri. Deşi ei iau parte la reacţia de obţinere a drogului, reactivii contribuie doar în mică măsură la formarea moleculei.

Printre substantele folosite frecvent in fabricarea drogurilor inscrise in tabelul IV, intalnim : anhidrida acetica, acetona, permanganatul de potasiu, acidul sulfuric, toluenul etc.

Inhalanti chimici toxici

Acestia sunt reprezentati de substantele stabilite caatare prin ordin al ministrului sanatatii (art.1 lit.f Lg.143/2000).

Aceasta modalitate de reglementare a notiunii este lacunara intrucat deschide din nou posibilitatea invocarii art51 din Codul Penal (eroarea de fapt) casi cauza care inlatura caracterul penal al faptei, deoarece ordinul ministrului sanatatii nu este decat o dispozitie legala fara cacter penal.In lege nu se mai face precizarea ca acest ordin va face parte integranta din prezenta lege, ori in conformitate cu adagiul latin "ubi lex non distinguit nec nos distinguere debemus", in consecinta urmeaza sa-l luam in considerare individual si nu ca parte integranta din Legea nr.143/2000.

Sub denumirea generala de "inhalanti", descoperim o serie de substante chimice ca: benzina, toluenul, acetatul de etil, hexanul, tetraclorura de carbon, acetona care exista in componenta unor produse casnice sau industriale :cleiurile, solventii, carburantii, gazul.

Consum ilicit de droguri

Prin aceasta sintagma legiutorul intelege consumul de droguri aflate sub control national, fara prescriptie medicala.

Toxicoman

"Toxicomanul" este persoana care se afla in stare de dependenta fizica si/sau psihica cauzata de consumul de droguri constatata de una din unitatile sanitare stabilite in acest sens de Ministerul Sanatatii.

Conceptul de toxicomanie este explicat si de Organizatia Moindiala a Sanatatii ca fiind starea de intoxicare cronica sau periodica nascuta din consumarea repetata a unui drog natural sau de sinteza. Principalele caracteristici sunt :

- ⇨ dorinta nestavilita sau o nevoie de a continua sa consume drogul si de a continua sa consume drogul si de a si-l procura prin orice mijloace;
- ⇨ tendinta de a mari dozele
- ⇨ efecte daunatoare asupra individului si asupra societatii.

Cura de dezintoxicare si supravegherea medicala

Acestea reprezinta masurile ce se pot lua fata de un toxicoman pentru reabilitarea sa din punct de vedere fizic si psihic si pentru reintegrarea sa sociala.

Nu trebuie sa uitam ca toxicomanul este de fapt un bolnav a carui vointa a fost anihilata de drog si ar fi inuman sa fie lasat in continuare prada unei sinucuderi lente.

In conformitate cu noile principii umaniste ale dreptului penal, Legea 143/2000, reglementeaza in cadrul capitolului IV, masurile medicale si de ordin eugenic ce trebuie luate impotriva consumului ilicit de droguri.

In concluzie "cura de dezintoxicare si supravegherea medicala constituie masuri de siguranta speciale ce pot fi luate pentru inlaturarea dependentei fizice si/sau psihice fata de droguri. Prin cura de dezintoxicare se intelege ansamblul de masuri destinate tratamentului dependentei fizice. Supravegherea medicala semnifica ansamblul seerviciilor de evaluare si ingrijire medicala continua, serviciilor de consiliere psihologica si psihoterapie, serviciilor de post-cura reabilitare psihosociala si masurile destinate reducerii consecintelor asociate consumului de droguri. Serviciile de post-cura reabilitare psihosociala cuprind ansamblul de masuri destinate tratarii dependentei psihice si redobandirii aptitudinilor sociale, profesionale, pierdute datorita consumului de droguri.

Livrarea supravegheata

Potrivit definitiei date de art.11, lit.k din Conventia din 1988, sintagma de "livrare supravegheata" desemneaza metodele care constau in permiterea trecerii pe teritoriul uneia sau mai multor tari a stupefiantelor sau substantelor psihotrope, a substantelor inscrise in Tablourile sale I si II sau a substantelor care le sunt substituite, expediate in mod ilicitsau suspectate de aceasta, cu stiinta si sub controlul autoritatilor competente, din tarile indicate, in scopul identificarii persoanelor implicate,

Sa retinem si faptul ca o livrare supravegheata nu se poate pregati si derula decat numai in scopul identificarii traficantilor ilegali, iar pe de alta parte ea nu poate viza decat produsele, substantele, echipamentele si materialele care figureaza pe tablourile Conventiilor din 1961, 1971 si 1988.

De asemenea un stat nu poate limita sfera materialelor sau produselor care fac obiectul controlului international, de exemplu numai la drogurile cu potential dependogen marcant, Intrucat ar incalca in acest fel art.3, paragraf 1, din Conventia din 1988.

De asemenea art.1, lit.j din Legea nr.143/2000, stipuleaza ca prin "livrare supravegheata" se intelege "metoda folosita de institutiile sau organele abilitate, cu autorizarea si sub controlul procurorului, care consta in permiterea trecerii sau circulatiei pe teritoriul tarii de droguri ori precursori, suspecti de a fi expediati ilegal, sau de substante care au inlocuit drogurile ori precursorii, in scopul desoperirii activitatilor infractionale si al identificarii persoanelor implicate in aceste activitati.

Investigatori acoperiti

"Investigatorii acoperiti" sunt politisti special desemnati sa efectueze, cu autorizarea procurorului, investigatii in vederea strangerii datelor privind existenta infractiunii si identificarea faptuitorilor si acte premergatoare sub o alta identitate decat cea reala, atribuita pentru o perioada determinata.

Sindromul de sevraj

Abstinenta sau sindromul de sevraj reprezinta aparitia unor simptome fizice (somatice) specifice la intreruperea administrarii unui drog. "Delirium" semnifica o alterare a starii de constienta, care poate complica sindromul de sevraj.

Metaboliţi

In art.1 din H.G nr.1359/2000, se arata ca metabolitii reprezinta substantele care apar in organism dupa consumarea unui drog, datorita proceselor suferite de acesta in organism si care pot persista o perioada indelungata de la consumul ultimei doze de drog.

Infractiunea prevazuta de art.2 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

> "Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea in vanzare, vanzarea distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpararea, detinerea, ori alte operatiuni privind circulatia drogurilor de risc, fara drept se pedepsesc cu inchisoare de la 3 la 15 ani si interzicerea unor drepturi.

Daca faptele prevazute la alin.1 au ca obiect droguri de mare risc, pedeapsa este inchisoarea de la 10 la 20 de ani si interzicerea unor drepturi."

Obiectul juridic generic[16] al tuturor infracţiunilor prevazute de Legea nr.143/2000, îl constituie relaţiile sociale ale căror formare, desfăşurare şi dezvoltare sunt asigurate prin respectarea regulilor de convieţuire socială. Săvârşirea acestor infracţiuni aduce atingere relaţiilor de convieţuire socială.

Obiectul juridic special principal al infractiunii prevazute de art.2 il constituie relatiile sociale privitoare la sanatatea publica, a carei ocotire depinde si de respectarea stricta de catre toate persoanele a dispozitiilor legale care reglementeaza regimul drogurilor in Romania.

Pe lângă obiectul juridic special principal, aceasta infractiune are si un obiect juridic *secundar*, adiacent si anume relatiile sociale privitoare la sanatatea persoanei fizice privita individual (ut singuli) care ar putea cadea victima toxicomaniei tocmai datroita nerespectarii regimului legal al drogurilor de catre terte persoane. Acest obiect juridic secundar (adiacent) rezulta din insasi denumirea Legii nr.143/2000 care se refera la combaterea traficului si *consumului* ilicit de droguri.

Prin urmare, in cazul acestei infractiuni, legea ocroteste sanatatea in raport cu toti membrii societatii (ut universi) socotind ca este un interes vital pentru insasi existenta societatii ca intreaga colectivitate sa se afle la adapostul pericolului pe care il reprezinta nerespectarea regimului stabilit de lege pentru droguri, dar in acelasi timp ocroteste si sanatatea fizica si mintala a individului care ar putea fi grav afectata, ca urmare a unui consum ilicit de droguri.

Obiectul material al acestei infractiuni il constituie drogurile de risc sau de mare risc insa el este diferit în raport cu feluritele modalităţi normative.

Astfel, obiectul material este constituit din :

> - drogurile de risc sau de mare risc – în cazul producerii, fabricarii, experimentarii, prepararii, transformarii, oferirii, punerii in vanzare vanzarii, distribuirii, livrarii cu orice

titlu, trimiterii, transportului, procurarii, cumpararii, detinerii, ori altor operatiuni privind circulatia drogurilor.

- plantele care conţin droguri de risc sau de mare risc– în varianta cultivării acestora în scop de prelucrare.

- corpul persoanei în situaţia în care experimentarea ilicită a unui astfel de drog, priveşte corpul unei persoanei.

Obiectul material constituie o cerinta legala pentru existenta acestei infractiunii. Inexistenta acestui obiect duce la inexistenta infractiunii.

Conceptele de "drog de risc" si "drog de mare risc", au fost explicate anterior astfel incat nu mai revin asupra intelesului lor.

Subiecţii infracţiunii

Subiectul activ nemijlocit al infracţiunii nu este circumstanţiat de text, el putând fi deci orice persoană care are capacitatea penala ceruta de lege.

Subiectul pasiv principal este statul[19], ca reprezentant al societăţii, interesată în păstrarea sănătăţii tuturor membrilor săi. Subiect pasiv poate fi în subsidiar, persoana supra căreia se răsfrânge acţiunea ilicită, adică persoana a cărei sănătate a fost periclitată. Pentru a avea această calitate, textul nu cere ca prin acţiunea faptuitorului să se producă, efectiv, vătămarea sănătăţii unei persoane.

Participaţia penală este posibilă atât în forma coautoratului, complicităţii şi instigării.

Pentru exemplificarea participaţiei penale, inserăm o speţă ce a fost la vremea săvârşirii faptei destul de controversată, aceasta speta se refera la incriminarea data de art.312 di Codul Penal care reglementa in trecut traficul de stupefiante. Chiar daca acest articol nu mai este in vigoare consider ca exemplul oferit este in continuare relevant.

Oferirea spre vânzare de produse sau substanţe stupefiante, primite de la alte persoane care le-au introdus în ţară, constituie infracţiunea de trafic de stupefiante prevăzută în forma autoratului, iar nu complicitate la această infracţiune.

Prin sentinţa penală nr. 8 din 30 ianuarie 1995, Tribunalul Bihor a condamnat pe inculpaţii G.M şi G.V în calitate de complici, pentru săvârşirea infracţiunii prevăzută de art. 26 raportat la art. 312 alin.1 Cod penal.

Instanţa a reţinut că, în ziua de 6 iulie 1994, inculpaţii au încercat să comercializeze în staţiunea Băile Felix cantitatea de 668 grame haşiş introdusă în ţara de alţi inculpaţii, condamnaţi în cauză .

Pentru a schimba încadrarea juridică a faptei, prima instanţă a reţinut că inculpaţii nu pot fi consideraţi autori la infracţiunea de trafic de stupefiante, ci complici întrucât ei au desfăşurat numai activităţi intermediare şi anume găsirea unor persoane interesate să cumpere stupefiante, procurate de ceilalţi inculpaţi.

Apelul declarat de procuror a fost respins prin decizia penală nr. 48/A/din 8 iunie 1995 a Curţii de Apel Oradea.

Recursul procurorului este fondat.

Infracţiunea de trafic de stupefiante prevăzută de art. 312 alin.1 Cod Penal, constă în producerea, deţinerea sau orice operaţiune privind circulaţia produselor sau substanţelor stupefiante, fără drept.

La interpretarea acestui text de lege trebuie avute în vedere şi dispoziţiile art.1, alin. final din Legea nr.73/1969 privind regimul produselor sau substanţelor stupefiante, potrivit cărora prin faptele prevăzute în art. 312 se înţeleg după caz, fabricarea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, cumpărarea, distribuirea şi transportul sub orice formă, a acestor produse sau substanţe.

Din probele administrate rezultă că inculpaţii s-au deplasat în staţiunea Băile Felix, în vederea comercializării substanţei stupefiante deţinute fără drept, luând legătura în aceste scop, cu mai multe persoane.

Cum activităţile desfăşurate de cei doi inculpaţi respectiv oferirea spre vânzare şi transportul cantităţii de 668 de grame praf de haşiş constituie acte ce intră în conţinutul laturii obiective a infracţiunii de trafic de stupefiante prevăzute de art. 312 alin.1 Cod Penal, schimbarea încadrării juridice de către prima instanţă în complicitate este greşită.

În consecinţă, recursul urmează a fi admis, a se casa hotărârile atacate şi a se schimba încadrarea juridică în sensul celor expuse. (C.S.J. secţia penală, decizia nr. 2885 din 27 noiembrie 1995, publicată în Revista Dreptul nr. 7/1996, pag. 128.)

Pe lângă cele trei categorii de participanţi enumerate, Proiectul de modificare şi completare a Codului Penal doreşte să introducă o categorie nouă de participanţi şi anume organizatorii.

În concepţia Proiectului de modificare, articolul 23 va avea următorul cuprins : "Participanţii sunt persoanele care contribuie la săvârşirea unei fapte prevăzute de legea penală în calitate de autori, organizatori, instigatori sau complici."

După art.23 se introduce art. 23^1 care va avea următorul cuprins: "Organizatorul este persoana care iniţiază, organizează, conduce sau controlează activitatea celorlalte persoane care participă la săvârşirea unei fapte prevăzute de legea penală."

Dispoziţiile referitoare la autor, cu excepţia celor prevăzute în art. 24, sunt aplicabile şi în cazul organizatorului infracţiunii.

Conţinutul constitutiv

Fapta pe care o săvârşeşte autorul, pentru realizarea infracţiunii prezintă două laturi: latura obiectivă şi latura subiectivă.

Latura obiectivă este formată din elementul material, urmarea imediată şi legătura de cauzalitate.

Cerinţa esenţială pentru existenţa elementului material al infracţiunii prevăzute în art.2 din Legea nr.143/2000 constă în aceea că acţiunile care constituie acest element trebuie săvârşite "fără drept".

Este necesară această condiţie deoarece în anumite situaţii şi condiţii prevăzute de lege, acţiunile respective sunt permise.

Astfel prin derogare de la dispoziţiile legii penale art. 3 din Legea 73/69 permite producerea, deţinerea, fabricarea, extracţia, condiţionarea, prepararea, oferirea, punerea în vânzare, vânzarea, cumpărarea, distribuirea şi transportul sub orice formă ale produselor sau substanţelor stupefiante, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor care conţin substanţe stupefiante, precum şi organizarea sau îngăduirea consumului în locuri anumite; numai în scop uman sau veterinar, ştiinţific sau industrial pe baza autorizaţiei eliberate de Ministerul Sănătăţii.

Totodată acţiunile de experimentare a drogurilor de risc sau de mare risc precum şi administrarea acestora sunt permise dacă există o indicaţie sau o prescripţie medicală în acest sens.

Recoltarea sau deţinerea, în scop de prelucrare, pot fi de asemenea permise, prin interpretare analogică, în aceleaşi condiţii în care sunt permise activităţile prevăzute în art.1, alin.1.

Elementul material al infracţiunii prevazute de art.2, constă în săvârşirea uneia sau mai multora din următoarele acţiunii: cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea in vanzare, vanzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpararea, detinerea ori alte operatiuni.

Prin actiunea de cultivare, intelegem insamantarea, rasadirea ingrijirea si recotarea de plante care contin droguri de risc sau de mare risc.

O modificare substantială pe care o aduce Legea nr.143/2000, in ceea ce priveste actiunea de cultivare este ca aceasta "cultivare" nu mai trebuie sa fie facuta in scop de prelucrare a plantelor ce contin substante stupefiante, pentru a fi incriminata si pedepsita ca atare. Intr-adevar va constitui infractiune chiar si fapta de a cultiva asemenea plante pentru a indeplini functii ornamental-decorative sau in orice alt scop.

Conceptul de producere însumează pe cele de fabricare, extracţie, preparare, a unui drog, altfel spus, oricare din aceste activităţi fac parte din procesul de producere a substantei respective.

Ca operaţiuni de extracţie putem aminti cu titlu de exemplu extragerea latexului din capsula de Papaver somniferum, pentru obţinerea opiului; sau extragerea răşinei din rădăcina de cannabis pentru obţinerea haşişului etc.

Ca operaţiuni de preparare sunt cele de amestecare a diferitelor stupefiante ca exemplu amestecarea cocainei bază cu bicarbonat de sodiu pentru obţinerea crak-ului[7] etc.

Din datele analizate se poate afirma cu certitudine că la ora actuală funcţionează în România laboratoare clandestine de producere a drogurilor. ("Oservatoire Geopolitiqe des Drogues, un organism internaţional de prestigiu, cu site pe Internet, şi-a facut public raportul pe perioada 1998-1999. România apare prezentă în această analiză mondială a traficului de droguri într-o lumină extrem de defavorabilă. Informaţiile conţinute în raport se bazează în primul rând pe datele furnizate de ofiţerii de legatură francezi, care şi-au desfăşurat activitatea în ţara noastră, pe articole din presă şi pe rapoartele trimişilor speciali ai O.G.D la Bucureşti.

România nu este doar o ţară de tranzit pe ruta balcanică, dar ea a devenit în ultimii ani o ţară de stocat drogul şi, în acelaşi timp, de prelucrare a opiumului şi morfinei în heroina, fiind o ascunzătoare pentru mafiile din centrul Franţei şi a celor turceşti şi kurde". Deşi se recunoaşte meritul poliţiştilor români în descoperirea şi capturarea unor importanţi capi ai traficanţilor, în raport se afirmă că "mafia românească, organizată cu predilecţie în jurul structurilor puterii, s-a infiltrat până la vârfurile Poliţiei".)[1)]

[1)] O.G.D este o organizaţie mondială independentă, cu sediul în Franţa, al cărei director este Alain Labrouse. Din anii '80 întreţine relaţii cu poliţiile din toată lumea, iar reprezentanţii săi declară că O.G.D nu este interesată doar de droguri, ci şi de efectele pe care le produc în societate: corupţie, dezvoltarea unor fluxuri financiare ilicite, asasinate politice, etc. Pe baza informaţiilor primite de la autorităţi locale sau culese de membrii săi, O.G.D construieşte o imagine globală a fenomenelor care includ factori economici, etnici, geostrategici. Analiza geostrategică a traficului de droguri se regăseşte în rapoarte anuale, care arată cu claritate implicaţiile financiare, politice şi militare ale fenomenelor ce decurg din comerţul cu droguri . (*Informaţii citate şi preluate din ziarul Libertatea din data de 30 iulie 2000 autor Lucian Manea.)*

In sprijinul celor aratate mai sus prezentăm în cele ce urmeaza cazurile relatate în presă, referitoare la existenta si proliferarea laboratoarelor cladestine de producere a drogurilor :

"Două laboratoare de fabricare a drogurilor au fost descoperite de lucrătorii Brigăzii Antidrog la sediile unor firme din judeţele Vâlcea şiDâmboviţa. Activitatea laboratoarelor clandestine era coordonată de o reţea turco-română, care livra droguri sintetice pe filiera România-Turcia-Germania. Filiera se afla în atenţia poliţiştilor de mai mult timp, la acţiune participând şi lucrători ai Centrelor Zonale de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog. Poliţiştii, conduşi de colonelul Ilie Perca, adjunct al şefului Brigăzii Antidrog, au efectuat prima descindere în localitatea Valea Mare, satul Valea Cascadelor, din judeţul Dâmboviţa, la domiciliul lui Niţescu George. În locuinţa acestuia au fost găsite mari cantităţi de precursori şi substanţe chimice esenţiale folosie pentru producerea de droguri sintetice şi BMK. La aceeaşi adresă se afla şi sediul firmei administrate de Niţescu, societatea având ca obiect de activitate producerea de arome alimentare. Niţescu folosea însă instalaţiile – special modificate în acest scop – pentru fabricarea stupefianelor. Anchetatorii au descoperit şi reţetele de preparare a precursorilor care urmau să fie folosiţi la producerea drogurilor sintetice. Reţetele fuseseră furnizate de către un alt membru al reţelei, inginerul fizician Văduva Eugen, din Rm. Vâlcea. Acesta a studiat site-urile de pe Internet şi literatiura de specialitate în domeniul producerii precursorilor şi drogurilor.

Verificările poliţiştilor au continuat, în aceeaşi zi având loc depistarea celui de-al doilea laborator. Văduva închiriase o clădire aparţinând Întreprinderii de Industrializare a Viei şi vinului din localitatea Şirineasa, judeţul Vâlcea. Spaţiul era folosit ca sediu al firmei lui Văduva şi adăpostea instalaţiile de fabricare clandestină a stupefiantelor. Atât la sediul firmei, cât şi la domiciliul fizicianului din Rm. Vâlcea au fost descoperite substanţe chimice esenţiale şi precursori. Liderul reţelei a fost identificat ca fiind bucureşteanul Sadîk Ismet, de 44 ani, cunoscut cu antecedente penale. El a coordonat activitatea de producere a precursorilor şi drogurilor sintetice, care erau vândute prin intermediul unor cetăţeni turci. Produsele finite – amfetaminele – erau trimise în Turcia, pentru continuarea procesului de fabricare. După prelucrarea în laboratoarele turceşti, amfeaminele erau livrate în spaţiul Uniunii Europene, în special în Germania.

Lucrătorii Brigăzii Antidrog au efectuat o nouă descindere, în locuinţa unuia dintre cei care livrau "marfa" în Turcia. Cetăţeanul turc Duman Karamisto, de 62 ani, originar din kilis, îşi stabilise reşedinţa într-un imobil din comuna Chitila, judeţul Ilfov. În locuinţa sa poliţiştii au găsit 944 grame de amfetamine şi 22 grame de canabis. El trafica drogrile sub acoperirea unei socieăţi comerciale pe care o administra în România.

Văduva Eugen, Niţescu George, Duman Karamisto şi Sadîk Ismet au fost reţinuţi de poliţişti şi prezentaţi procurorilor, pentru eliberarea mandatelor de arestare preventivă. Cercetările continuă, pentru anihilarea întregii reţele, sub coordonarea şefului Direcţiei Generale de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog, generalul Mihai Stoica.

Primele fabrici clandestine de droguri au fost descoperite de poliţişti la sfârşitul lunii august 2001. Una dintre ele funcţiona la Chiajna, într-un garaj, şi alta la Bragadiru, tot lângă Bucureşti, instalată într-un atelier de reparaţii auto. Şase cetăţeni turci şi o româncă au fost reţinuţi atunci, fiind capturate substanţe chimice şi utilaje în valoare de milioane de dolari. Tabletele de stupefiante erau fabricate la indicaţiile cetăţeanului turc Celikoglu Deniz, cu studii de specialitate în chimie.

Noile fabrici de droguri descoperite marţi de lucrătorii Brigăzii Antidrog arată că în România producerea stupefiantelor tinde să se răspândească în întreaga ţară. Este de neînţeles de ce autorităţile române care au aşteptat 10 ani până la elaborarea legii antidrog, amână acum promovarea legii anti-precursori."

Conceptul de *experimentare* semnifica potrivit doctrinei "operaţii de dozare, de combinare, sau de încercare, a drogurilor de risc sau de mare risc, efectuate de regulă în laborator."

Într-o altă opinie[10], prin "experimentare", s-ar înţelege "efectuarea de experienţe cu droguri în afara cadrului legal, adică în afara laboratoarelor de analize şi cercetări ştiinţifice din instituţiile de învăţământ sau în institutele de cercetări ştiinţifice."

În sfârşit ultima opinie[11], din literatura juridică este că "prin experimentarea drogurilor se înţelege efectuarea oricăror experienţe, încercări sau verificări a unor astfel de produse sau substanţe."

Din definiţiile date mai sus se poate desprinde concluzia că experimentarea drogurilor este data de orice operaţiune de experimentare, de dozare, combinare, încercare sau verificare făcută în cadrul sau în afara unor laboratoare de gen.

Prin *transformarea* drogurilor de risc sau de mare risc, urmeaza sa intelegem ansamblul de operatiuni care se aduc pentru a efectua modificari minore la structura chimica a drogurilor, ajungându-se astfel la mult temutele "*designer drugs*". Conceptul se refera la drogurile care sunt diferite din punct de vedere chimic de substantele aflate in cele patru tablouri ale Legii nr.143/2000, având insa aceleasi efecte sau efecte mai puternice. Aceasta transformare constituie in opinie personala un mijloc de eludare a legii, aceasta situatie făcând obiectul unei scurte propuneri de "lege ferenda", in capitolul de sfârşit al acestei lucrari.

Detinerea are înţelesul de păstrare a substanţelor sau produselor stupefiante "în scop ilicit", în orice etapă de la producerea şi până la consumarea (distrugerea) acestora.

Conceptul de *procurare* a drogurilor de risc sau de mare risc, implica orice fel de actiune pe care o persoana o desfasoara pentru a intra in posesia drogurilor, putand consta in inselaciune, abuz de incredere, furt sau orice alte infractiuni care il ajuta pe faptuitor sa intre in posesia drogurilor de risc.

Operatiunea de *cumparare* de droguri, in mod ilicit, presupune un pret ce va fi remis vanzatorului sau dealer-ului de droguri si un produs (drogul) ce va fi inmanat de catre dealer, cumparatorului.

Celelalte actiuni care alcatuiesc elementul material al infractiunii nu necesita a fi explicate intrucat intelesul lor se desprinde din formulare, astfel incat voi trece mai departe la analizarea infractiunii.

Faptele sunt legate între ele, astfel încât apar ca modalităţi distincte, conţinuturi alternative ale unei singure infracţiuni. În consecinţă, fiecare dintre ele va putea caracteriza o infracţiune distinctă, iar în măsura în care sunt săvârşite concomitent de către acelaşi subiect, vor caracteriza o singură infracţiune.

Urmarea imediată[22]. Pentru întregirea laturii obiective a infracţiunii este necesar ca acţiunea care constituie elementul material să fie astfel săvârşită încât să creeze o stare de pericol pentru sănătatea publică. Această stare de pericol constituie urmarea imediată în conţinutul infracţiunii. Starea de pericol înseamnă posibilitatea obiectivă de a se vătăma sănătatea unei sau unor persoane care achiziţionează droguri de risc sau de mare risc, provenite din traficul ilicit al acestora.

Legătura de cauzalitate. Latura obiectivă a infracţiunii nu este realizată decât atunci când există o legătura de cauzalitate între acţiunea care constituie elementul material al infracţiunii şi starea de pericol care se creează pentru sănătatea publică. Producerea stării de pericol fiind inevitabilă în cazul săvârşirii vreuneia din acţiunile de trafic cu droguri de risc sau de mare risc, legătura de cauzalitate rezultă *ex re* din acţiunea comisă şi nu necesită probe speciale.

Latura subiectivă

Infracţiunea prevazuta la art.2 se săvârşeşte cu vinovăţie sub forma intenţiei; aceasta poate fi directă sau indirectă.

Intenţia este directă, în sensul arătat în art. 19, punctul 1, litera a Cod Penal, atunci când faptuitorul a prevăzut rezultatul faptei sale şi anume crearea unei stări de pericol pentru sănătatea publică şi a urmărit producerea acestui rezultat.

Intenţia este indirectă, în sensul arătat în art. 19, pct. 1, litera b, Cod Penal, atunci când faptuitorul prevede că prin rezultatul faptei sale va crea o stare de pericol pentru sănătatea publică, rezultat pe care nu-l urmăreşte dar acceptă eventualitatea producerii lui.

În privinţa inexistenţei elementului intenţional, practica judiciară[23] prevede că această stare echivalează cu "eroarea de fapt". Astfel: "Există infracţiune numai dacă inculpata primind spre păstrare de la concubinul ei medicamente, a ştiut că printre acestea se află şi stupefiante, ori, în speţă, dovedindu-se că ea nu a avut cunoştinţă de conţinutul medicamentelor nu exista intenţia cerută în art. 312; chiar dacă inculpata este în culpă pentru că nu a întrebat pe cel de la care a primit medicamentele, întrucât infracţiunea se comite cu intenţie şi nu din culpă, nu este posibil a se face aplicarea art.312".

În concluzie săvârşirea infracţiunii prevazuta de art.2, din culpă este exclusă.

Pentru aceasta infractiune Legea nr.143/2000, nu pretinde existenţa vreunui anumit *scop* sau *mobil*.

Formele infracţiunii

In conformitate cu dispozitiile art.13 din Legea privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri, tentativa, la infractiunea prevazuta de art.2 se pedepseste. Se considera tentativa si producerea sau procurarea mijloacelor ori instrumentelor, precum si luarea de masuri in vederea comiterii infractiunii.

Pedeapsa in cazul tentativei la infractiunea prevazuta de art.2, este închisoarea de la 1 an si sase luni la 7 ani si sase luni.(art21 C.Pen.)

Fapta se consumă în momentul în care acţiunea prin care s-a săvârşit traficul de droguri de risc sau de mare risc, a fost complet executată, aşa încât, în mod implicit a apărut urmarea imediată adică starea de pericol pentru sănătatea publică.

Acţiunile de deţinere, cultivare, experimentare, fabricare, extragere, alcătuiesc elementul material al unei infracţiuni cu caracter *continuu succesiv*[25], deoarece sunt susceptibile de întreruperi firești care țin de natura activității infracționale şi care nu afectează unitatea infracţiunii continue.

Spre exemplu experimentarea, fără drept a unui drog de risc sau de mare risc, poate lua sfârşit noaptea şi reîncepe ziua.

Regimul Sancţionator

Sanctiunea prevazuta de art.2, pentru comiterea faptelor ce alcatuiesc elementul material al infractiunii, este inchisoarea de la 3 la 15 ani si interzicerea unor drepturi.

In cazul in care faptele din alin.1 au ca obiect droguri de mare risc, ne aflam in prezenta unei modalitati agravante, sanctiunea fiind inchisoarea de la 10 la 20 de ani si interzicerea unor drepturi

Pedeapsa in cazul tentativei la infractiunea prevazuta de art.2, este in chisoarea de la 1 an si sase luni la 7 ani si sase luni (art21 C.Pen.), pentru modalitatea prevazuta la alin.1 si inchisoarea de la 5 la 10 ani pentru modalitatea agravanta de la alin.2.

Spre deosebire de reglementarea anterioara cand confiscarea speciala era dispusa de magistrat in temeiul dispozitiilor art.118 C.Pen, in prezent *confiscarea* se dispune in temeiul art.17 din Legea nr.143/2000. Acest articol stipuleaza ca drogurile si alte bunuri care au facut obiectul infractiunilor prevazute la art.2-10 se confisca, iar daca acestea nu se gasesc, condamnatul este obligat la plata echivalentului lor in bani.

Se confisca de asemenea, banii, valorile sau orice alte bunuri dobandite prin valorificarea drogurilor si a altor bunuri prevazute la alin.1

In privinta *cauzelor de impunitate*, Legea nr.143/2000, prevede ca nu se pedepseste persoana care, mai inainte de a fi inceputa urmarirea penala, denunta autoritatilor competente participarea sa la o asociatie sau intelegere in vederea comiterii uneia dintre infractiunile prevazute la art.2-10, permitând astfel identificarea si tragerea la raspundere penala a celorlalti participanti. Daca in timpul urmaririi penale, faptuitorul denunta si faciliteaza identificarea si tragerea la raspundere penala a altor persoane care au savarsit infractiuni legate de droguri, atunci acesta beneficiaza de reducerea la jumatate a limitelor pedepsei prevazute de lege.

Infractiunea prevazuta de art.3 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Introducerea sau scoaterea din tara, precum si importul sau exportul de droguri de risc, fara drept, se pedepsesc cu inchisoare de la 10 la 20 de ani si interzicerea unor drepturi.

Daca faptele prevazute la alin.1 privesc droguri de mare risc pedeapsa este de la 15 la 25 de ani si interzicerea unor drepturi."

Obiectul juridic special principal al acestei infractiuni, il formeaza relatiile sociale privitoare la sanatatea publica, care ar fi grav afectata prin introducerea sau scoaterea din tara, precum si prin importul sau exportul de droguri fara drept.

Pe de alta parte, prin savarsirea acestei fapte sunt incalcate in *subsidiar* si relatiile sociale privitoare la activitatea de comert cu droguri care trebuie sa se efectueze numai in cadrul stabilit de Legea nr.73/1969 si a Ordinului ministrului Industriei si Comertului nr.90/1996, adica in baza unor autorizatii de import-export eliberate de organele abilitate.

Obiectul material al acestei infractiuni il constituie drogurile de risc sau de mare risc. Ele constituie o cerinta legala esentiala pentru existenta acestei infractiuni.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ al infractiunii prevazute de art.3 din Legea nr.143/2000, poate fi orice persoana cu capacitate penala care savarseste una sau mai multe din modalitatile normative prevazute de legiuitor.

Subiectul pasiv principal al infractiunii este statul iar subiect pasiv adiacent poate fi persoana care sufera consecintele consumului ilicit de droguri, provenite ca urmare a nerespectarii regimului legal al acestor substante sau produse.

Participatia penala este posibila si in cazul acestei acestei infractiuni in toate formele sale : coautorat, complicitate si instigare.

Continutul constitutiv

Latura obiectiva

Sub aspectul ***elementului material*** al laturii obiective aceasta infractiune se realizeaza prin mai multe actiuni alternative si anume :

- introducerea in tara de droguri;

- scoaterea din tara de droguri;

- importul de droguri;

- exportul de droguri;

Prin "introducerea sau scoaterea din tara" de droguri de risc sau de mare risc, intelegem fie iesirea, fie intrarea in/din tara cu astfel de produse, fie prin punctele de control vamal, fie prin trecerea frauduloasa a frontierei.

Operatiunile de "import-export" de droguri de risc sau de mare risc, semnifica ansamblul de actiuni frauduloase de introducere sau scoatere din tara de produse sau substante stupefiante.

Deosebirea fata de modalitatea anterioara consta in faptul ca aceasta introducere sau scoatere din tara de droguri, se face in temeiul unei autorizatii sau licente de export-import, eliberate in baza Ordinului ministrului Industriei si Comertului nr.90/1996, licenta sau autorizatie ale carei limite sunt incalcate sau depasite.

Se impune sa observam ca aceste actiuni nu se pot comite decat cu ocazia trecerii frontierei de stat a Romaniei. In concluzie prin introducerea sau scoaterea din tara precum si importul sau exportul de droguri fara drept se incalca si regimul vamal al României.

Intr-adevar, in art. 176 din Legea nr141/1997 privind regimul vamal este prevazuta infractiunea de contrabanda (vezi sectiunea 4). Potrivita acestui articol "Trecerea peste frontiera, fara autorizatie, a armelor, munitiilor, materiilor explozive sau radioactive, produselor si substantelor stupefiante si psihotrope, precursori si substante chimice esentiale, a produselor si substantelor toxice, constituie infractiunea de contrabanda calificata si se pedpseste cu inchisoarea de la 3 luni la 12 ani si interzicerea unor drepturi daca legea penala nu prevede o pedeapsa mai mare."

Tinand seama ca pedeapsa prevazuta in art.3 din Legea nr.143/2000, este inchisoarea de la 10 la 20 de ani si interzicerea unor drepturi in forma agravata, deci mult mai mare decat cea stabilita de legiuitor pentru infractiunea de contrabanda calificata, inseamna ca, ori de cate ori vor fi prinse persoane care introduc sau scot din tara droguri fara drept, ori fac operatiuni de import-export tot fara drept, cu astfel de substante sau produse, in cauza vor fi aplicabile dispozitiile art.3 din Legea nr.143/2000 si nu va exista concurs de infractiuni intre contrabanda calificata prevazuta de art.176 din Legea nr.141/1997 si infractiunea de trafic de droguri prevazuta de art.3 din Legea nr.143/2000.

Caracterul de subsidiaritate al infractiunii de contrabanda calificata fata de infractiunea prevazuta de art.3, este valabil si in cazul tentativei.

Ca o concluzie la cele spuse, ori de cate ori vor fi descoperite fapte de contrabanda calificata (infractiuni consumate) sau tentative de contrabanda calificata, prin vointa legii, nu va exista concurs de infractiuni intre contrabanda calificata si traficul de droguri prevazut de art.3 din

Legea nr.143/2000, ci vor fi aplicabile numai dispozitiile art.3, fie pentru fapta consumata, fie pentru tentativa la aceasta fapta.

Urmarea imediata este aceasi ca la infractiunea prevazuta de art.2 din Legea nr.143/2000.

Legatura de cauzalitate rezulta *ex re* din comiterea actiunilor care formeaza elementul material al infractiunii.

Latura subiectiva

Fapta de trafic de droguri prevazuta de art.3, pentru a avea caracter penal trebuie savârsita cu vinovatie.

Forma de vinovatie este intentia fie ea directa sau indirecta. Faptuitorul isi da seama ca savarseste fara drept actiunea de introducere sau scoatere din tara ori pe cea de import-export de droguri, prevede ca prin aceasta actiune se pune in pericol sanatatea publica, rezultat pe care îl urmareste sau accepta producerea lui. Daca fapta a fost comisa din culpa, ea nu va constitui infractiune deoarece legiuitorul o incrimineaza numai când a fost savârsita cu intentie.

De asemenea pentru existenta infractiunii se cere ca persoana care scoate, introduce, importa sau exporta aceste produse sa cunoasca faptul ca sunt droguri.

Formele infractiunii

Actele preparatorii sunt posibile si se pedepsesc, fiind asimilate ca regim sanctionator tentativei. *Tentativa* este posibila si se pedepseste.

Infractiunea se *consuma* in momentul cand executarea oricareia din actiunile incriminate este dusa pana la capat, producandu-se astfel o stare de pericol pentru sanatatea publica. Aceasta infractiune poate sa para ca o infractiune simpla, când consumarea coincide cu epuizarea, dar poate fi comisa si in forma infractiunii continue, mai cu seama in modalitatile importului si exportului.

Regimul sanctionator

In cazul in care fapta priveste droguri de risc, pedeapsa este inchisoarea de la 10 la 20 de ani si interzicerea unor drepturi; in cazul infractiunii prevazute de art.3 alin.2, intrucat aceasta priveste droguri de mare risc este mai periculoasa din punct de vedere social fiind sanctionata cu inchisoarea de la 15 la 25 de ani si interzicerea unor drepturi.

Dispozitiile referitoare la *confiscarea speciala* precum si la *cauzele de impunitate* se aplica in mod corespunzator.

Infractiunea prevazuta de art.4 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpararea sau detinerea de droguri pentru consum propriu, fara drept, se pedepseste cu inchisoare de la 2 la 5 ani."

Cu prilejul aparitiei Legii nr.143/2000, se face o delimitare neta in acest articol, intre operatiunile de cultivare, producere, fabricare, experimentare, extragere, preparare,

transformare, cumparare sau detinere de droguri pentru consum propriu si comiterea acestor fapte in scop de castig.

Aceasta delimitare se explica, intrucât toxicomanul este o persoana lipsita de discernământ, el trebuie privit si tratat cu indulgenta, din punct de vedere medical toxicomanul fiind un bolnav ce trebuie recuperat si resocializat.

In continuare constituie contraventie, la normele privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri (H.G. nr.75/1991), consumul de droguri in masura in care acesta nu se identifica cu nici una din actiunile care alcatuiesc elementul material al infractiunii prevazute de art.4 din Lg.143/2000, caz in care acest consum reprezinta infractiune.

Cu alte cuvinte art.4, nu pedepseste consumul in sine, considerandu-l pe toxicoman un bolnav, dar sanctioneaza, cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpararea sau detinerea de droguri pentru consum propriu, cu pedepse mai mici tocmai pentru a nu-l incuraja pe toxicoman.

Obiectul juridic special al acestei infractiuni il constituie relatiile sociale ce privesc sanatatea fizica si mintala a individului care ar putea fi grav afectata ca urmare a unui consum ilicit de droguri.

Obiectul material al acestei infractiuni il constituie drogurile fie de risc, fie de mare risc.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ al acestei infractiuni este calificat. Calitatea pe care trebuie sa o aiba subiectul activ se deduce implicit din continutul art.4, astfel este nevoie ca acesta sa fie o persoana consumatoare de droguri, cu alte cuvinte toxicoman.

Subiectul pasiv principal este statul in calitate de garant al sanatatii publice. In *secundar* insa se creeaza o situatie inedita pana in prezent, intrucat subiectul activ este in acelasi timp si subiect pasiv. Astfel toxicomanul este cel care comite aceasta infractiune, fiind deci subiect activ, tot el fiind victima, subiectul pasiv – din punct de vedere penal, persoana care sufera urmarile faptelor sale.

Continutul constituiv

Latura obiectiva este formata din element material, urmare imediata si legatura de cauzalitate.

Infractiunea sub aspectul *elementului material* al laturii obiective se poate realiza prin una sau mai multe actiuni alternative si anume :

cultivarea de plante ce contin droguri, pentru consum propriu;

producerea, fabricarea si experimentarea de droguri pentru consum propriu;

transformarea drogurilor pentru consum propriu;

cumpararea sau detinerea de droguri pentru consum propriu;

Conceptele de "c*ultivare*", "*producere*", "*fabricare*", etc au fost explicate in cadrul analizei si comentarii art.2 alin.1, din Lg.143/2000.

Pentru existenta infractiunii, se cer indeplinite doua *cerinte esentiale* in cadrul elementului material si anume :

modalitatile normative prevazute mai sus trebuie comise "fara drept", adica in alte conditii decat cele prevazute de lege. Spre exemplu, in conformitate cu Regulamentul de aplicare a dispozitiilor Legii nr.143/2000, aprobat prin Hotarârea Guvernului Romaniei

nr.1359/29.01.2001, cultivarea plantelor ce contin droguri se poate face numai cu autorizarea Ministerului Sanatatii, prin Directiile judetene de sanatate publica, respectiv a Municipiului Bucuresti.

a doua cerinta esentiala se refera la scopul savârşirii uneia din actiunile enumerate, respectiv orice substanta sau planta obtinuta considerata drog trebuie sa fie destinata *consumului propriu*. Daca drogurile nu sunt destinate consumului propriu, nu vom fi in prezenta acestei infractiuni ci a celei prevazute la art.2.

Aceasta sintagma de "consum propriu" este deosebit de dificil de explicat si pe deasupra si interpretabila.

In legislatia americana este asimilata consumului propriu, o cantitate de pâna la un kilogram de heroina sau 5 grame de cocaina. Desigur, aceste prevederi sunt lacunare avand in vedere ca S.U.A numara astazi cel mai mare numar de consumatori (500.000 de toxicomani prin heroina si 3,5 milioane de utilizatori permanenti de cocaina).

Aceasta infractiune care incrimineaza consumul propriu de stupefiante trebuie aplicat numai toxicomanilor, (starea de toxicomanie, poate fi stabilita printr-un examen medical), deoarece numai acestia nu pot rezista tentatiei drogurilor, fara un tratament medical adecvat.

Se va tine, totodata seama de cantitatea de stupefiante pe care toxicomanul o detine, cultiva, fabrca, cumpara etc, pentru a se stabili cu certitudine daca este vorba despre o cantitate de drog necesara consumului propriu, sau dimpotriva daca aceasta cantitate de drog excede sfera consumului.

Latura subiectiva.

Sub aspectul vinovatiei aceasta infractiune se savarsete cu intentie fie ea directa sau indirecta. Faptuitorul urmareste ca prin savârsirea infractiunii sa obtina droguri pentru consum propriu, in mod constient, urmarind realizarea activitatii infractionale si implicit a crearii starii de pericol.]

In cazul in care toxicomanul care desfasoara vreuna din actiunile care formeaza elementul material al infractiunii se afla intr-un grad atat de avansat al intoxicarii, incat sub aspect volitiv, nu mai poate fi stapan pe actele sal, problema raspunderii lui penale se va stabili de instanta in functie de rezultatele expertizei psihiatrice.

Ca o concluzie la cele aratate infractiunea nu poate fi savarsita decat cu intentie, culpa fiind exclusa.

Latura subiectiva a acestei infractiuni trebuie completata si cu elementul *scop*, inttrucat, dupa cum precizeaza si textul "cutlivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, etc, de droguri trebuie sa se comita numai pentru *consum propriu*.

Urmarea imediata

Intrucat aceasta infractiune este una de rezultat, simpla comitere a vreuneia din actiunile incriminate are drept consecinta crearea unei stari de pericol la adresa sanatatii publice.

Legatura de cauzalitate rezulta *ex re* din chiar savarsirea infractiunii.

Formele infractiunii

Actele preparatorii sunt posibile si se pedepsesc, fiind asimilate ca regim sanctionator tentativei.

Tentativa este incriminata de art. 13 din lege.

Infractiunea se *consuma* atunci cand oricare din actiunile incriminate este dusa pana la capat producandu-se astfel urmarea periculoasa si anume starea de pericol pentru sanatatea publica.

In anumite modalitati de comitere a faptei, cum ar fi cultivarea si detinerea, activitatea ilicita are caracterul unei infractiuni continue, momentul epuizarii identificandu-se cu incetarea actiunii delictuoase.

Regimul sanctionator

Pedeapsa prevazuta de art.4 din Legea nr.143/2000, este inchisoarea de la 2 la 5.

Legiuitorul nu a mai adaugat la pedeapsa inchisorii si pedepsele accesorii ce constau in interzicerea unor drepturi asa cum sunt ele mentionate in art.64 C.Pen. Motivatia rezida in faptul ca acest articol se refera exclusiv la toxicomani care pot fi categorisiti mai degraba drept bolnavi.

Infractiunea prevazuta de art.5 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Punerea la dispozitie, cu stiinta, cu orice titlu, a unui local, a unei locuinte sau a oricarui alt loc amenajat, in care are acces publicul, pentru consumul ilicit de droguri ori tolerarea consumului ilicit in asemenea locuri se pedepseste cu inchisoare de la 3 la 5 ani si interzicerea unor drepturi."

Obiectul juridic special al infractiunii este constituit din relatiile sociale referitoare la sanatatea fizica si mintala a individului care ar putea fi grav afectata ca urmare a unui consum ilicit de droguri in anumite localuri sau locuinte ce ar fi puse ilegal la dispozitia publicului in acest scop.

Obiectul material. Infractiunea de la art.5 din Legea 143/2000 este lipsita de obiect material

Subiectii infractiunii

Subiectul activ al infracţiunii poate fi orice persoana care indeplineste conditiile cerute de lege, intrucat nu se prevede in norma de incriminare o calitate speciala a acestuia.

Subiectul pasiv al infractiunii este persoana care consuma droguri in incinta localului, locuintei sau altui loc unde publicul are acces, puse la dispozitie de subiectul activ si a care sanatate este periclitata prin suportarea cosecintelor consumului unor astfel de substante.

Continutul constitutiv

Latura obiectiva

Elementul material al laturii obiective a infractiunii se realizeaza printr-o actiune, de punere la dispozitie sau tolerare a consumului de droguri

Prin sintagma "punere la dispozitie", intelegem activitatea faptuitorului de a crea o ambianta corespunzatoare pentru a atrage consumatori de droguri, contactarea acestora pentru a-i anunta in acest sens. Nu are relevanta daca faptuitorul percepe vreo taxa sau nu pentru locul destinat consumului de droguri sau pretinde altceva din partea consumatorilor.

De asemenea, nu intereseaza titlul cu care faptuitorul pune la dispozitie localul, locuinta sau alt loc amenajat acestea putand fi imprumutate, concesionate, inchiriate etc.

"Tolerarea" presupune ingaduirea de catre faptuitor ca in locul pe care il detine sau il are la dispozitie (local, apartament, camera, birou etc.) sa se consume droguri de catre terti.

Pentru existenta acestei infractiuni este necesar sa fie intrunite cumulativ mai multe conditii.

Prima dintre ele care se contituie in acelasi timp in cerinta esentiala se refera la faptul ca punerea la dispozitie sau tolerarea consumului trebuie sa se faca "cu stiinta", adica in scopul consumului de droguri.

A doua conditie se refera la pluralitatea de persoane. In locurile puse la dispozitie trerbuie să se intâlneasca mai multe persoane, de asemenea intalnirea lor trebuie sa nu fie intamplatoare ci urmare a faptului ca locul respectiv este cunoscut ca destinat unor atari intalniri sau tolerant fata de astfel de întâlniri.

Ultima conditie ce reiese din textul incriminator imune ca persoanele carora li se ofera spatiile pentru intâlnire sa faca parte din categoria celor consumatoare de droguri.

Consumul de roguri trebuie sa-l practice chiar in acele spații puse la dispozitie. Nu are importanta pentru existenta infractiunii daca unele dintre aceste persoane ce se dedau consumului sunt incepatori sau mai vechi consumatori, dupa cum nu are importanta nici faptul ca printre persoanele care consuma droguri in acele locuri sunt si persoane care nu sunt consumatoare.

Urmarea imediata consta in crearea unei stari de pericol la adresa sanatatii publice, legea neconditionand existenta infractiunii de producerea vreunui rezultat.

Legatura de cauzalitate dintre fapta si rezultat rezulta ex re.

Latura subiectiva

Forma de vinovatie cu care se savrseste aceasta infractiune este intentia directa, intrucat faptuitorul realizeaza ca prin punerea la dispozitie sau tolerarea consumului de droguri intr-un local,etc, afecteaza sanatatea publica urmare pe care o urmareste din moment ce comite aceste actiuni "cu stiinta".

Formele infractiunii

Actele preparatorii se pedepsesc, fiind asimilate ca regim sanctionator tentativei.

Tentativa se pedepseste in conformitate cu prevederile art. 13 din Legea nr.143/2000.

Infractiunea se consuma in momentul cand executarea oricarei activitati incriminate este dusa pana la capat, producandu-se urmarea imediata. In modalitatea "tolerarii", infractiunea poate fi continua, existand un moment al epuizarii, la incetarea activitatii delictuoase.

Regim sanctionator

Pedeapsa pentru infractiunea prevazuta de art.5 din Legea nr.143/2000, este inchisoarea de la 3 la 5 ani si interzicerea unor drepturi.

Dispozitiile referitoare la masura de siguranta a confiscarii speciale, cauzele de nepedepsire sau atenuare a pedepsei (art.15, 16, 17) se aplica in mod corespunzator.

Infractiunea prevazuta de art.6 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Prescrierea drogurilor de mare risc, cu intentie, de catre medic, fara ca aceasta sa fie necesara din punct de vedere medical, se pedepseste cu inchisoare de la 1 an la 5 ani.

Cu aceeasi pedeapsa se sanctioneaza si eliberarea sau obtinerea, cu intentie, de droguri de mare risc, pe baza unei retete medicale prescrise in conditiile prevazute de alin.1 sau a unei retete medicale falsificate.

Obiectul juridic special îl constituie relatiile sociale privitoare la ocrotirea sanatatii fizice si mintale a fiintei umane care ar putea fi grav afectata prin prescrierea de catre medic fara a fi necesar de droguri de mare risc, cu ocazia exercitarii actului medical fata de un pacient, ori prin fapta farmacistului care elibereaza droguri unei persoane, in baza unei prescriptii netemeinice ori a unei retete false.

Obiectul material al acestei infractiuni il constituie numai drogurile de mare risc aceste fiind drogurile inscrise in tabelele anexa nr.I-II din Lg.143/2000.

Daca prescrierea netemeinica vizeaza alte droguri decat cele de mare risc, fapta nu va constitui aceasta infractiune nici pentru medicul care a prescris nici pentru farmacistul care a eliberat drogul.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ al acestei infractiuni este diferit in functie de modalitatea de savarsire. Astfel la modalitatea de prescriere si eliberare, subiectul activ este calificat, acesta trebuind sa aiba calitatea de medic, in cazul prescrieriii unei retete, sau farmacist, in cazul eliberarii de droguri in baza unei retete.

In modalitatea obtinerii, subiectul activ poate fi orice persoana care indeplineste conditiile cerute de lege pentru a raspunde penal.

Subiectul pasiv principal este statul in calitate de garant si ocrotitor al santatii publice si in subsidiar persoana care urmeaza sa consume drogurile astfel obtinute.

Participatia penala.Infractiunea de la art.6 poate fi savarsita in oricare din formele de participatie coautorat, complicitate, instigare. In cazul coautoratului persoanele care comit impreuna fapte trebuie sa aiba calitate ceruta de lege, medic sau farmacist.

Continutul constitutiv

Latura obiectiva

Actiunile care formeaza elementul material al infractiunii se infatiseaza sub forma prescrierii, eliberarii sau obtinerii de droguri de mare risc.

Prin prescrierea de droguri de mare risc, se intelege eliberarea unei retete de catre medic si predarea ei persoanei solicitante.

Incriminarea unei astfel de fapte prezinta o deosebita importanta, reflectându-se prin aceasta grija legiutorului român de a spori responsabilitatea medicului atunci cand prescrie in scop terapeutic droguri de mare risc si pe de alta parte grija fata de sanatatea persoanei umane tinanad cont de faptul ca drogurile in general induc dependenta, putand transforma astfel un bolnav in toxicoman.

In conformitate cu dispozitiile art.2 alin.1 din Regulamentul de aplicare a dispozitiilor Legii nr.143/2000, aprobat prin Hotarârea Guvernului nr.1359/2001 "prescrierea de catre medici, in scop terapeutic, a substantelor aflate sub control national, astfel cum sunt definite in Legea nr.143/2000, se face in conformitate cu prevederile legale in vigoare si cu normele de practica medicala stabilite de Colegiul Medicilor din Romania si de Ministerul Sanatatii.

Intr-adevar una din indatoririle etico-profesionale ale medicului consta in alinarea suferintei si a durerii, in acest scop fiind recunoscut medicilor dreptul de a prescrie produse din categoria drogurilor de mare risc. Acest drept este insa insotit de o obligatie corelativa ce consta in recurgerea la prescrierea drogurilor numai atunci cand este necesar.

Din practica medicala a rezultat ca prescrierea de droguri de mare risc se poate face in general in cazul unor maladii ce sunt insotite de dureri puternice sau de unele tulburari neoplazice. Fapta medicului va fi cu atat mai imorala daca el va prescrie substante sau produse ce constituie droguri de mare risc unei persoane pe care o stia toxicomana sau contra unei sume de bani. In acest caz urmeaza ca instant sa tina cont de circumstantele agravante prevazute in partea generala a Codului Penal, pedeapsa atingand pragul maxim special prevazut de art.6.

Activitatea de prescriere fara a fi necesar de droguri de mare risc nu trebuie in nici un caz confundata cu o eroare medicala.

Eliberarea reprezinta activitatea farmacistului de a preda, in baza retetei medicale, substantele stupefiante prescrise.

Pentru existenta infractiuni in aceasta forma este necesar sa fie indeplinite mai multe cerinte esentiale :

Reteta care se prezinta farmacistului cuprinde o prescriere de droguri aceasta prescriere nefiind necesara. Este imperios ca faramacistul sa-si dea seama ca pentru diagnosticul pus de medic, nu era necesara prescrierea de droguri si cu toate acestea ea le elibereaza.

Trebuie sa precizam faptul ca reteta pe care se face prescriptia medicala de droguri nu este una obisnuita ci o reteta speciala cu timbru sec, inseriata si tiparita cu tus de culoare verde.

De asemenea medicul care elibereaza o astfel de reteta tine evidenta lor intr-un registru special in care este trecut numele si prenumele bolnavului, adresa, diagnosticul si cantitatea de drog prescrisa (tablete sau fiole).

La primirea unei astfel de retete farmacistul are urmatoarele obligatii:

verifica daca reteta indeplineste conditiile legale adica daca este inseriata, daca cifrele sunt clare, daca are timbru sec si sunt completate corect datele de identitate ale persoanei care ridica drogurile si daca este aplicata parafa medicului care a eliberat reteta;

verifica daca prescrierea droguirlor a fost necesara vis-à-vis de diagnosticul pus de medic.

pune in vedere persoanei care ridica drogurile ca in caz de deces al bolnavului, in termen de 10 zile este obligata sa returneze la farmacie drogurile ramase neconsumate si sa nu le pastreze in continuare la domiciliu sau sa le instraineze altor persoane.

Daca farmacistul, in urma acestor verificari facute cu privire la reteta si la diagnostic, isi da seama ca prescrierea nu era necesara si cu toate aceste elibereaza drogurile de mare risc atunci comite infractiunea prevazuta de art.6 alin.2, tezaI.

Cu toate ca in art.6, legiuitorul nu precizeaza expres ca persoana care elibereaza drogurile de mare risc trebuie sa fie farmacist, aceasta calitate decurge din alte dispozitii legale. Astfel art.63 din Legea nr.73/1969 care reglementeaza regimul stupefiantelor, vorbeste de "farmacistul care elibereaza produsul stupefiant"; art.78, din aceiasi lege precizeaza ca "manipularea produselor si substantelor stupefiante in farmacii se face numai de catre farmacisti".

In consecinta, in situatia in care drogurile au fost eliberate de un asistent de farmacie sau de orice alta persoana angajata a farmaciei, in sarcina acesteia nu s-ar putea retine aceasta infractiune, deoarece nu este indeplinita conditia ceruta de lege ca subiectul activ sa fie "farmacist".

Reteta care se prezinta farmacistului si in care sunt prescrise droguri de mare risc, era falsificata si, cu toate ca farmacistul si-a dat sema de acest lucru a eliberat totusi drogurile.

Obtinerea de droguri de mare risc se constituie in cea de-a doua teza a acestei infractiuni si reprezinta procurarea acestora in baza unei retete medicale.

In echivalenta cu modalitatile de savârsire de la teza I, Teza II, poate fi savarsita in doua modalitati diferite:

Obtinerea de la farmacie de droguri de mare risc de catre persoana pe numele careia s-a facut prescriptia, aceasta cunoscând ca prescriptia nu era necesara deoarece nu suferea de o boala care sa necesite pentru tratament droguri si in intelegere cu medicul, I-a fost trecut un diagnostic fictiv pentru care din punct de vedere medical se prescriu droguri de mare risc.

In aceasta modalitate, medicul care face o astfel de prescriptie se face vinovat de savarsirea infractiunii in conditiile art.6 alin.1, in timp ce "pacientul" va fi incadrat in dispozitiile art.6 alin.2.

Obtinerea de la farmacie de droguri de mare risc in baza unei retete falsificate.

Au fost cazuri cand toxicomanii au furat din cabinetele unor medici mai putin vigilenti, retete cu timbru sec si parafele, dupa care si-au completat singuri retetele cu diagnosticul si cantitatea de drog corespunzatoare, dupa care, cu astfel de retete falsificate, s-au prezentat la farmacie, de unde au obtinut drogurile astfel prescrise.

Subiectul infractiunii in aceasta modalitate este chiar toxicomanul care a falsificat o reteta cu timbru sec si a obtinut de la farmacie drogul de mare risc prescris. Este posibil ca reteta sa fie falsificata si de alta persoana iar toxicomanul pe baza ei sa obtina drogul prescris.

In cazul in care subiectul infractiunii, cu reteta astfel falsificata incearca sa obtina drogurile, insa farmacistul descopera falsul si nu elibereaza drogurile sesizând organele de urmarire penala, fapta va constitui tentativa la infractiunea prevazuta de art.6 alin2, teza a-II-a.

Intr-o atare situatie sunt aplicabile regulile de la concursul de infractiuniintrucat in sarcina subiectului se va retine si infractiunea de fals material in inscrisuri oficiale prevazuta de art.288 C.Pen. Aceast stare de lucruri se explica prin faptul ca "falsul" reprezinta o infractiune mijloc pentru realizarea celeilalte infractiuni si anume obtinerea de droguri de mare risc in baza unei retete falsificate. Art.33 lit.a C.Pen. prevede ca exista concurs de infractiuni chiar daca una

dintre infractiuni a fost comisa pentru savarsirea altei infractiuni (concurs etiologic de infractiuni).

Urmarea imediata consta in crearea unei stari de pericol pentru sanatatea publica existand o stare obiectiva prin care se vatama sanatatea uneia sau mai multor persoane care consuma aceste substante.

Legatura de cauzalitate intre actiunea intreprinsa si urmarea imediata produsa rezulta din insasi materialitatea faptei.

Latura subiectiva

Forma de vinovatie specifica acestei infractiuni este intentia directa, ca forma ceruta expres de textul de lege. Aceasta rezulta in mod direct din interpretarea acestui articol, faptuitorul cunoscand ca prescrierea drogurilor de mare risc se face prin inlocuirea unei retete, fara ca aceasta sa fie necesara din punct de vedere medical iar eliberarea si obtinerea unor astfel de droguri se face cunoscand modul cum a fost eliberata reteta. In concluzie in mod constient se urmareste realizarea activitatii infractionale, precum si a crearii starii de pericol.

Formele infractiunii

Actele preparatorii sunt posibile si se pedepsesc, fiind asimilate ca regim sanctionator tentativei. Tentativa se pedepseste.

Consumarea infractiunii are loc atunci când oricare din activitatile incriminate este dusa pâna la capat, producandu-se urmarea imediata adica starea de pericol la adresa sanatatii publice.

Regimul sanctionator

Savârsirea acestei infractiuni este pedepsita de legiuitor cu inchisoare de la 1 la 5 ani. Si in aceasta modalitate legiuitorul a considerat ca pedepasa accesorie a interzicerii unor drepturi nu se impune.

Dispozitiile referitoare la aplicarea masurii de siguranta a confiscarii speciale, cauzele de nepedepsire sau de atenuare a pedepsei se aplica in mod corespunzator.

Infractiunea prevazuta de art.7 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Administrarea de droguri de mare risc unei persoane, in afara conditiilor legale, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 4 ani."

Obiectul juridic special al acestei infractiuni este constituit din relatiile sociale referitoare la sanatatea publica, relatii care ar putea fi grav afectate prin administrarea de droguri de mare risc in afara cadrului legal.

Obiectul material este format din drogurile de mare risc care sunt administrate in mod ilegal unei persoane.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ nu este circumstantiat de text el putand fi asadar orice persoana. Drogurile de mare risc pot fi astfel administrate atat de personal medical cat si de alte persoane fara pregatire de specialitate.

Subiectul pasiv principal este statul ca garant si ocrotitor al sanatatii publice, iar in secundar persoana a carei sanatate este pusa in pericol prin administrarea de droguri de mare risc.

Continutul constitutiv

Latura obiectiva. Actiunea care formeaza elementul material al infractiunii consta in "administrarea" de drogri de mare risc unei persoane. Conceptul de "administrare", semnifica introducerea in corpul unei persoane de droguri de mare risc prevazute in tabelele anexa I-II. Actiunea se poate exprima in diverse modalitati si realiza prin varii mijloace: injectare-intravenos, intramuscular etc, aplicare de plasturi ori supozitoare, ingestie alimentara, inspirare prin caile respiratorii; in ultimele doua modalitati apare o cooperare activa intre autorul infractiunii si individul victima, primul aducând si punând substanta stupefianta – sub forma de aliment, bautura ori produs care emana vapori – in conditii in care secundul le poate mesteca, dupa caz ingurgita sau inhala.

Pentru existenta infractiunii prevazute in art.7 din Legea nr.143/2000, sunt necesare a fi indeplinite doua cerinte esentiale pe care legiuitorul le ataseaza la elementul material si anume :

drogul care se administreaza sa faca parte din categoria drogurilor de mare risc

drogul de mare risc sa se administreze in afara condtiilor legale. Un drog de mare risc este administrat in conditii legale, atunci cand el este prescris de catre medic pentru a fi administrat.

Textul de lege limiteaza raspunderea penala la fapta de administrare de produse sau substante stupefiante unei alte persoane. Fapta de autoadministrare a acestora excede perimetrul penal si intra in cel contraventional dupa cum prevede H.G. nr.75/1991: "constituie contraventie la normele privind regimul produselor si substantelor stupefiante autoadministrarea de produse sau substante stupefiante, daca aceasta fapta nu a fost savarsita in astfel de conditii incât potrivit legii penale sa fie considerate infractiuni."

Pentru a constitui infractiunea prevazuta in art.7, din Legea nr.143/2000, actiunea de administrare a drogurilor de mare risc trebuie sa fie efectuata fara "indicatie medicala", caci numai in acest caz fapta prezinta pericol social.

In opinia noastră, legiuitorul, in mod eronat, nu incrimineaza si administrarea de droguri de risc, cu toate ca si acestea (acidul lisergic, ergotamina, aminorexul etc) produc faramacodependente (toxicomanii) frecvente si puternice.

Legiuitorul nefacand nici o precizare in legatura cu actiunea de administrare, rezulta ca aceasta poate fi facuta prin mai multe modalitati cu relevanta sub aspect penal, cum ar fi :

administrarea drogului de mare risc, prin violenta asupra victimei;

Astfel, victima este imobilizata, dupa care i se administreaza drogul de mare risc. In practica, nu numai in alte tari, dar si in tara noastra au existat cazuri cand, traficantii de carne vie au injectat unor fete heroina, prin violenta după care, acestea (fetele) au devenit dependente de drog si au fost silite sa se prostitueze.

Urmarea acestor administrări succesive a fost instalarea dependenţei faţă de drog, victimele fiind astfel silite să se prostitueze în schimbul dozei zilnice.

administrarea drogului de mare risc se face cu consimtamantul victimei. De exemplu, victima trebuie sa-si faca o injectie cu xilina, dar subiectul activ al infractiunii ii face o injectie cu morfina. In aceasta situatie, subiectul activ al infractiunii induce in eroare victima cu privire la continutul "medicamentului" ce i l-a administrat. Este vorba de o administrare de droguri de

mare risc, fara violenta. Victima are convingerea ca i s-a administrat medicamentul pe care il stia si care nu era un drog.

administrarea drogului de mare risc se face pe ascuns, in mod viclean, fraudulos. De exemplu, subiectul activ al infractiunii dorind sa o faca pe victima dependenta de un drog de mare risc, ii pune zilnic in mancare si/sau bautura o astfel de sunstanta sau produs.

administrarea drogului de mare risc se poate face cu consimtamântul victimei, care stie ca i se administreaza o astfel de substanta sau produs si pentru care nu are o prescriptie medicala legala.

Urmarea imediata consta in crearea unei stari de pericol pentru santatea publica, precum si in pericolul la adresa sanatatii persoanei careia i se administreaza drogul de mare risc.

Legatura de cauzalitate

Latura obiectiva a infractiunii nu este relaizata decat atunci când exista o legatura de cauzalitate intre actiunea de adminstrare de droguri de mare risc si starea de pericol ce se creeaza astfel pentru sanatatea publica.

Producerea starii de pericol fiind inevitabila in cazul savarsirii actiunii de administrare, legatura de cauzalitate rezulta ex re si nu este conditonata de aparitia reunui rezultat.

Latura subiectiva a acestei infractiuni se caracterizeaza prin intentie directa intrucat subiectul activ isi da seama ca administreaza droguri de mare risc unei persoane fara a exista indicatie medicala in acest sens, urmarid astfel producerea rezultatului socialmente periculos.

Pentru existenta infractiunii nu este necesara existenta vrunui scop sau mobil special.

Formele infractiunii

Actele preparatorii sunt posibile fiind asimilate tentativei. Tentativa se pedepseste.

Consumarea infractiunii are loc atunci cand faptuitorul a realizat efectiv administrarea drogului de mare risc, aceasta substanta ajungând in corpul persoanei.

Regimul sanctionator

Savârsirea infractiunii prevazuta de art.7 din Legea nr.143/2000, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 4 ani, legiuitorul neprecizând si pedepasa accesorie a interzicerii unor drepturi.

Infractiunea prevazuta de art.8 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Furnizarea, in vederea consumului, de inhalanti chimici toxici unui minor, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amenda."

Obiectul juridic special al acestei infractiuni il constituie relatiile sociale referitoare la santatea publica, relatii a caror existenta si desfasurare sunt conditionate de respectarea normelor legale referitoare la furnizarea de inhalanti chimici toxici.

Obiectul material este format din substantele care fac parte din categoria inhalantilor chimici toxici si care au fost stabilite prin ordin al ministrului santatii.

Ca exemplu de inhalanti chimici toxici mentionez : benzina, toluenul, acetatul de etil, hexanul, tetraclorura de carbon, acetona etc.

Ca urmare a faptului ca substantele considerate inhalanti chimici toxici sunt mentionate intr-un ordin al ministrului sanătăţii, reitereaza cazurile in care se invoca "eroarea de fapt", ca si cauza care inlatura caracterul penal al faptei si asta deoarece ordinul ministrului santatii nu face parte din integranta din Lg. 143/2000, ci este o lege extrapenala, in concluzie adagiul latin "nemo censetur ignorare legem" nu se poate aplica.

Acesti inhalanti chimici toxici sunt folositi in prezent, in special de "copiii strazii", care folosesc soluţie de bronz pentru vopsit sobe, pentru a se droga, Sistemul de inhalare este simplu, se toarna bronzul pentru sobe intr-o punga dupa care, prin aplicarea pe figura a pungii se inhaleaza substantele chimice volatile emanate.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ nu este circumstantiat de text el putand fi asadar orice persoana, care indeplineste conditiile legale pentru a raspunde penal.

Subiectul pasiv al infractiunii este circumstantiat, cel a carui santate este periclitata prin consumul de inhalanti chimici toxici fiind "minorul".

Prin termenul de "minor", legiuitorul se refera la persoana care nu a implinit inca 18 ani si nu la minorul ce a implinit 16 ani. Aceasta situatie se aplica exclusiv la angajarea raspunderii penale a minorului in conformitate cu art.99 C.Pen.

Participatia penala este posibila in toate formele sale autorat, complicitate si instigare.

Continutul constitutiv

Latura obiectiva

Elementul material al laturii obiective a infractiunii consta in actiunea de "furnizare" in vederea consumului de inhalanti chimici toxici.

Prin "furnizare" de inhalanti chimici toxici intelegem actiunea de remitere efectiva a unei astfel de substante, predarea acesteia persoanei care urmeaza sa o consume, fiind irelevant aspectul oneros sau gratuit al furnizarii.

Pentru existenta infractiunii se cer a fi intrunite concomitent urmatoarele cerinte speciale :

obiectul material al infractiunii trebuie sa fie constituit din inhalanti chimici toxici;

cerinta speciala grefata pe latura subiectiva a infractiunii. Pentru ca fapta sa constituie infractiune, legiuitorul a impus ca activitatea de "furnizare" sa se faca "in vederea consumului" de catre victima a inhalantilor chimici toxici

pentru existenta infractiunii este necesar ca subiectul pasiv al infractiunii sa fie "minor", deci o persoana care nu are vârsta de 18 ani impliniti în momentul savârşirii faptei de catre subiectul activ. Daca persoana careia i s-au furnizat inhalanti chimici toxici, in vederea consumului este major fapta nu va constitui infractiune.

Urmarea imediata consta in crearea unei stari de pericol pentru santatea publica, aspect ce rezulta din vatamarea santatii unei sau mai multor persoane ce consuma inhalanti chimici toxici. Starea obiectiva de vatamare este cu atat mai grava in cadrul acestui articol, având in vedere minoritatea subiectului pasiv a carui crestere si educatienormale sunt deviate de la cursul firesc.

Legatura de cauzalitate rezulta din chiar savarsirea actiunii incriminate ex re.

Latura subiectiva

Sub aspect subiectiv infractiunea se savarseste numai cu intentie directa, tinând cont de finalitatea urmarita de subiectul activ al infractiunii.

Scopul in cazul acestei infractiuni are semnificatia de finalitate, el fiind atasat ca o cerinta esentiala a laturii subiective. Subiectul activ al infractiunii are reprezentarea si urmareste ca actiunea lui sa aiba ca finalitate consumul inhalantilor chimici toxici pe care el îi furnizeaza. În concluzie, daca furnizarea nu se face in vederea consumului ci pentru o alta destinatie, fapta nu va constitui infractiune, nefiind indeplinita o cerinta a laturii subiective.

Formele infractiunii

Producerea sau procurarea mijloacelor ori instrumentelor pentru comiterea infractiunii prevazute de art.8 din Legea nr.143/2000, adica actele preparatorii nu se pedepsesc.

De asemenea tentativa desi posibila nu este incriminata de legiuitor.

Infractiunea se consuma in momentul furnizarii, ea fiind instantanee. Nu este necesar ca subiectul pasiv al infractiunii(minorul) sa fi consumat inhalantii chimici toxici obtinuti. In cazul in care furnizarea se repeta de mai multe ori ea va imbraca aspectul infractiunii continuate

Regimul sanctionator

Pedeapsa pentru aceasta infractiune este inchisoarea de la 6 luni la 2 ani sau amenda de la 1.000.000 la 500.000.000 de lei.

Infractiunea prevazuta de art.9 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Producerea, fabricarea, importul, exportul, oferirea, vanzarea, transportul, livrarea cu orice titlu, trimiterea, procurarea, cumpararea sau detinerea de precursori, echipamente ori materiale, in scopul utilizarii lor la cultivarea, producerea sau fabricarea ilicita de droguri de mare risc se pedepsesc cu inchisoare de la 3 la 10 ani si interzicerea unor drepturi."

Obiectul juridic special al acestei infractiuni este reprezentat de relatiile sociale referitoare la sanatatea publica, relatii a caror normala dezvoltare si desfasurare implica respectarea dispozitiilor legale ce se refera la producerea, fabricarea, importul, exportul etc., de precursori, echipamente sau materiale utilizatela obtinerea de droguri de mare risc.

Obiectul material este constituit din precursori, echipamente sau materiale care sunt folosite la fabricarea ilegala de droguri de mare risc. Conceptul de precursori, echipamente sau materiale, a fost explicat in prima parte a acestei lucrari insa pentru continuitatea gandirii voi reveni cu explicatii.

In procesul de obtinere a drogurilor sunt necesare desfasurarea unor reactii chimice cu ajutorul unor substante speciale (precursori), echipamente, instalatii, ori alte materiale destinate acestui scop. Tocmai pentru a impiedica proliferarea laboratoarelor clandestine si echiparea lor cu cele necesare producerii drogurilor, legiuitorul a incriminat fapte ca cele prevazute in art.9 din Legea nr.143/2000.

Subiectii infractiunii

Subiectul activ al infractiunii nu este circumstantiat de text putand fi asadar orice persoana care indeplineste conditiile legale pentru a raspunde penal.

Subiectul pasiv este constituit din totalitatea persoanelor care ar putea consuma drogurile de mare risc.fabricate in laborartoarele clandestine si asupra carora planeaza pericolul toxicomaniei

Continutul constitutiv

Latura obiectiva

Elementul material al laturii obiective a infractiunii consta in savarsirea uneia din urmatoarele activitati interzise de lege : producerea, fabricarea, importul, exportul, oferirea, vanzarea, cumpararea sau detinerea de precursori, echipamente ori materiale.

Prin notiunea de precursori intelegem substantele chimice care se folosesc in procesul de fabricare a drogurilor fiind incorporate in totalitate sau partial in structura substantei nou produse care se afla sub control national.

Spre exemplu ergotamina este un precursor care se foloseste in sinteza L.S.D-ului; anhidrida acetica este un precursor ce se foloseste la transformarea morfinei in heroina etc.

Pentru existenta infractiunii este necesar sa fie intrunite concomitent urmatoarea cerinta speciala grefata pe elementul material al laturii obiective:

toate actiunile care constituie elementul material al laturii obiective trebuie sa vizeze neaparat "precursori", "echipamente" ori alte materiale si nu produse sau substante stupefiante sau psihotrope. Daca activitatile interzise ce constituie elementul material al laturii obiective a infractiunii, vizeaza alte substante, echipamente ori materiale care nu se intrebuinteaza la cultivarea, producerea sau fabricarea ilicita de droguri de mare risc, fapta nu va constitui aceasta infractiune. Spre exemplu, in urma unui denunt, că la o anumita adresa functioneaza un laborator clandestin unde se fabrica droguri de mare risc, politia face o descindere si intr-adevar sunt gasite echipamente, materiale sau substante, dar cu ajutorul carora se fabricau aspirine. In aceasta situatie nu se pote retine in sarcina celor ce lucrau clandestin si fabricau aspirine, infractiunea prevazuta de art.9 din Legea nr.143/2000, deoarece, acolo nu s-au gasit substante chimice (precursori) si nici echipamente ori materiale destinate fabricarii drogurilor .

Urmarea imediata consta in crarea unei stari obiective de pericol la adresa sanatatii publice.

Intrucât existenta infractiunii nu este conditionata de producerea unui rezultat anume, legatura de cauzalitate rezulta din chiar savarsirea infractiunii.

Latura subiectiva

Pentru existenta infractiunii exista o cerinta speciala grefata pe latura subiectiva a infractiunii.

Astfel toate activitatile interzise ce constituie elementul material al laturii obiective cu referire la precursori, echipamente, materiale, trebuie sa fie comise in scopul utilizarii lor la cultivarea, producerea sau fabricarea ilicita de droguri de mare risc.

In concluzie, sub aspect subiectiv infractiunea se savarseste numai cu intentie directa subliniata de legiuitor prin cerinta scopului in care se desfasora activitatile prohibite.

Formele infractiunii

Actele preaparatorii sunt posibile si sunt pedepsite fiind asimilate tentativei, in conformitate cu dispozitiile art. 13 alin.2 din Legea nr.143/2000.

Consumarea infractiunii are loc in momentul infaptuirii uneia din actiunile incriminate si a producerii rezultatului socialemente periculos. Unele modalitati de comitere a faptei sunt susceptibile de a fi savarsite in forma continua ("detinerea"), existand si un moment al epuizarii, la incetarea activitatii delictuoase.

Regimul sanctionator

Comiterea infractiunii prevazute de art.9 din Legea nr.143/2000, se pedepseste cu inhisoare de la 3 la 10 ani si interzicerea drepturilor la care se refera art.64 din Codul Penal.

Dispozitii speciale pentru infractiunile prevazute in art.2-9, vazute in lumina dispozitiilor art.10 din Legea nr.143/2000

Acest articol aduce in prim-plan o noua categorie de participanti si anume "organizatorii", intelegand prin acestia persoanele care initiaza, organizeaza, conduc sau controleaza activitatea celorlalte persoane care participa la savarsirea unei fapte prevazute de legea penala.

Este cunoscut faptul ca in fruntea filierelor de traficanti de droguri se afla persoane care conduc, organizeaza sau finanteaza acest trafic ilegal. Aceste activitati sunt inca si mai periculoase din punct de vedere social decat traficul propriu-zis, intrucat conduc la proliferarea fenomenului atat pe plan intern cat mai ales inernational.

Tinand seama de noile metode de lucru cu care au fos investite organele de cercetare penala "livrarea supravegheata" si "ofiterii sub acoperire", este posibil sa se ajunga la adevaratele "creiere" ale afacerilor cu droguri, adica la persoanele care au organizat, condus sau finantat astfel de activitati.

Marturie a faptului ca aceste activitati sunt mult mai periculoase decat banalele activitati de traficare, sta regimul sanctionator prevazut de art.10. Acesta stabileste ca organizarea, conducerea sau finatarea faptelor prevazute la articolele 2-9 se pedepseste cu pedepsele prevazute de lege pentru aceste fapte, limitele maxime ale acestora sporindu-se cu 3 ani.Spre exemplu persoana care organizeaza, conduce sau finanteaza savarsirea infractiunii prevazute de art.3 din Legea nr.143/2000 (importul-exportul, introducerea sau scoaterea din tara de droguri de risc), va primi o pedeapsa cu inchisoarea intre 10 si 23 de ani

Infractiunea prevazuta de art.11 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Indemnul la consumul ilicit de droguri prin orice mijloace, daca este urmat de executare, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 5 ani.

Daca indemnul nu este urmat de executare, pedeapsa este de la 6 luni la 2 ani sau amenda."

Obiectul juridic special al aceste infractiuni este constituit din relatiile sociale privitoare la sanatatea publica, care ar fi grav afectata si prin fapte de indemn la consumul ilicit de droguri. Prin incriminarea acestei infractiuni legiuitorul a urmarit sa protejeze membrii colectivitatii impotriva pericolului reprezentat de toxicomanie, creând un obstacol in fata acelora care din diferite motive ar indemna o persoana la consumul ilicit de droguri.

Infractiunea astfel cum este prevazuta ea in art.11 este lipsita de obiect material.

Subiectii infractiunii

Subiect activ al infractiunii poate fi orice persoana care indeplineste conditiile legale pentru a raspunde penal, ce indeamna o alta persoana la consumul ilicit de droguri.

Subiectul pasiv al infractiunii este reprezentat de persoana care a fost indemnata la consumul ilicit de droguri, indiferent daca in urma indemnului a consumat ilicit droguri ori indemnul nu a fost urmat de executare. De asemenea, legiuitorul nu face nici o mentiune cu privire la persoana indemnata la consum, deci poate fi un minor sau un major, tratamentul penal fiind acelasi in ambele ipoteze.

In privinta participatiei penale, activitatea desemnata prin verbum regens, se aseamana mult cu activitatea specifica instigarii, insa cele doua nu sunt identice.

Astfel instigarea presupune determinarea cu intentie a unei persoane sa savarseasca o fapta prevazuta de legea penala, in timp ce "indemnul la consumul ilicit de droguri", reprezinta un indemn la savarsirea unei fapte care nu este prevazuta de legea penala, caci asa cum am aratat, consumuil ilicit de droguri in Romania nu este sanctionat penal ci numai contraventional

Continutul constitutiv

Latura obiectiva a infractiunii este formata din elementul material, urmarea imediata si legatura de cauzalitate.

Elementul material al laturii obiective se realizeaza prin actiunea de a indemna la consum ilicit de droguri. Prin "indemnare" intelegem atat actiunea de determinare a unei persoane la consumul ilicit de droguri, cat si intarirea rezolutiei acesteia de a consuma astfel de substante. Indemnarea se poate face atat pe cale orala, prin rugaminti, oferirea unor sume de bani sau alte avantaje, cat si prin scris (ex.scrisori, e-mail, fax).

Urmarea imediata este diferita in functie de cele doua alineate ale textului incriminator. Astfel pentru modalitatea prevazuta de alin.1, urmarea imediata consta in chiar consumul ilicit de droguri creeandu-se astfel o stare obiectiva de pericol pentru sanatatea victimei.

In cazul alin.2, urmarea imediata consta in aparitia unei stari de pericol care rezulta din simpla realizare a actiunii incriminate.

Legatura de cauzalitate, in cazul alin.1, intre indemn si consumul ilicit de droguri, trebuie dovedita, in schimb in cazul alin.2, aceasta legatura de cauzalitate rezulta ex re.

Latura subiectiva a infractiunii consta in savarsirea faptei numai cu intentie directa, deoarece indemnarea presupune faptul ca subiectul activ are de la inceput reprezentarea totala a faptei sale, prevede rezultatul socialmente periculos si urmareste producerea lui. Indemnarea nu lasa loc intentiei indirecte sau eventuale.

Formele infractiunii

Actele preaparatorii si tentativa sunt posibile insa acestea nu se pedepsesc.

Consumarea infractiunii are loc in momente diferite in functie de rezultatul socialmente periculos care se produce.

Astfel pentru alin.1 al art.11, infractiunea se consuma numai daca indemnul la consum ilicit de droguri este urmat de executare, adica subiectul pasiv isi va autoadministra drogul.

In cazul alin.2 al art.11, infractiunea se consuma instantaneu, numai prin realizarea indemnului indiferent de mijloacele folosite, consumul drogului de catre victima nefiind necesar.

Regimul sanctionator

In cazul in care indemnul de a consuma ilicit droguri, este urmat de executare fapta prezinta un grad de pericol social mai ridicat fiind sanctionata mai aspru de catre lege, pedeapsa fiind inchisoarea de la 6 luni la 5 ani.

In situatia in care indemnul nu este urmat de executare pedeapsa este inchisoarea de la 6 luni la 2 ani cu posibilitatea alegerii pedepsei alternative si anume amenda.

Forme agravate ale traficului si consumului ilicit de droguri prevazute de art.12 din Legea nr.143/2000

Text incriminator

"Se pedepsesc cu detentiunea pe viata sau cu inchisoare de la 15 la 25 de ani si interzicerea unor drepturi faptele prevazute la art.2,3 si 5, daca persoana care le-a savarsit face parte dintr-o organizatie sau asociatie ori dintr-un grup de cel putin 3 persoane, cu structuri determinate si care sunt constituite in scopul comiterii acelor fapte si al obtinerii de beneficii materiale sau de alte foloase ilicite.

Se pedepsesc cu inchisoare de la 3 la 15 ani, faptele prevazute la art.4, 6, 7, 9 si 11, daca au fost savarsite in conditiile prevazute la alin.1.

In cazul infractiunilor prevazute la alin.1 si 2, daca faptele au avut ca urmare moartea victimei, pedeapsa este detentiunea pe viata sau inchisoarea de la 15 la 25 de ani si interzicerea unor drepturi."

Prin Legea nr. 140 din 4 noiembrie 1996, a fost introdus un nou alineat ce a devenit modalitatea agravantă a traficului de stupefiante in vechea varianta reglementata de art.312 din Codul Penal şi în care regăseam un concept ce intrase de mult în uzul limbajului penal mondial.

In art.12 din Legea nr.143/2000, se reitereaza conceptul de structura criminala organizata (de tip mafiot)

Noţiunea de "crimă organizată" este explicată de Proiectul de lege pentru modificarea şi completarea Codului Penal, în art. 144[1].

Articolul 144[1] are următorul conţinut: "Prin crimă organizată se înţeleg activităţile desfăşurate de o organizaţie sau asociaţie ori de un grup constituit din cel puţin trei persoane, cu o structură determinată, în scopul realizării de beneficii materiale sau obţinerii altor foloase ca urmare a dobândirii şi exercitării controlului asupra unor localităţi, cartiere, zone, pieţe ori asupra unor sectoare economice, politice sau sociale, prin folosirea puterii economice de care dispun sau forţei rezultate din legăturile cu ceilalţi membrii ai organizaţiei, asociaţiei sau grupului sau prin folosirea violenţei, intimidării, coruperii, şantajului sau prin alte asemenea mijloace."

Prin "act de crimă organizată" se înţelege "orice act infracţional săvârşit de un membru al unei organizaţii sau asociaţii ori grupului, constituite în condiţiile prevăzute în alin.1, dacă acel act a fost comis în folosul organizaţiei sau asociaţiei ori grupului din care aceasta face parte."

Ca tara in tranzitie spre economia de tip capitalist, Romania este tinta comiterii unor categorii de infractiuni cum ar fi traficul ilicit de droguri, care se inscrie in sfera crimei organizate transnationale si fata de care, legiuitorul a reactionat prin mijloace de drept penal, adica prin Legea nr.143/2000.

In art.12, normele penale sunt norme divizate deoarece ele trimit cu privire la elementul material la dispozitiile articolelor 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 si 11, in timp ce cu privire la subiectul activ,

producerea unui anumit rezultat sanctiunile care se aplica normele care se aplica sunt chiar cele din continutul art.12.

Alineatul unu al art.12 agraveaza pedepsele ce se pot aplica in cazul savarsirii infractiunilor prevazute in art.2, 3 si 5 daca subiectul activ al acelor infractiuni face parte dintr-o structura criminala organizata (de tip mafiot). Prin dispozitiile art.12, legiuitorul a urmarit sa combata prin mijloace de drept penal crima organizata in domeniul drogurilor. Din aceste considerente, legiuitorul a prevazut pedeapsa extrema pentru faptele care se asociaza cu crima organizata si anume detentiunea pe viata.

Prin alineatul 2 al art.12, se stabilesc pedepse mai aspre (de la 3 la 15 ani), pentru subiectii activi care savarsesc infractiunile prevazute in articolele 4,6,7,9 si 11, daca acestia fac parte dintr-o structura criminala, asa cum este ea definita in art.12 alin.1 .

Alineatul 3 al art.12 din Legea nr.143/2000, este o urmare logica a teoriei obiective de agravare a infractiunilor dupa rezultat.

Drept urmare, daca in cazul savarsirii infractiunilor prevazute in articolele 2,3,4,5,6,7,9 si 11 din Legea nr.143/2000 s-a produs moartea victimei, pedeapsa ce se va aplica va fi detentiunea pe viata sau inchisoarea de la 15 la 25 de ani si interzicerea unor drepturi. Deci, sub aspect subiectiv, acest rezultat (moartea victimei) este pus in sacina celor ce au comis vreuna din infractiunile mentionate, cu titlu de praeterintentie (adica intentie pentru infractiunea de baza si culpa pentru rezultatul produs – moartea victimei).

Pentru existenta infractiunii in aceasta forma agravata nu este nevoie sa se stabileasca ca subiectul activ al uneia din cele 8 infractiuni mentinate in textul art.12, a urmarit anume sa cauzeze moartea victimei (consumatorul de droguri). Este suficient ca subiectul activ sa fi putut prevedea ca din cauza faptei sale ar putea provoca moartea victimei. Pana la proba contrarie culpa de a nu fi prevazut acest rezultat este prezumata.

Secţiunea 3 – Alte dispoziţii penale din Legi speciale Române cu referire la traficul si consumul ilicit de droguri.

Legea nr. 56/1992 privind Frontiera de Stat a României (modificată prin Ordonanţa Guvernului nr. 55 din 19 august 1994

Text incriminator

Art 68 – "Se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 7 ani, dacă fapta nu constituie o infracţiune mai gravă, trecerea frauduloasă a frontierei de stat săvârşită:

prin atacarea grănicerilor, poliţistilor sau lucrătorilor vamali;

de către persoane înarmate sau constituite în grup;

în scopul scoaterii din ţară a unor bunuri din patrimoniul naţional, cultural sau de valoare deosebită, al traficării de arme, muniţii, materiale expozive sau radioactive, a produselor şi substanţelor stupefiante, psihotrope ori toxice.

Tentativa se pedepseşte."

Analiza şi comentarea infracţiunii de trecere frauduloasă a frontierei de stat (Dr. Augustin Ungureanu şi Conf. Univ. Dr. Aurel Ciopraga)[41]

Această infracţiune specială este înscrisă în art. 65, 66 şi 68 din Legea nr. 56 într-o modalitate simplă de bază şi două modalităţi agravate după cum urmează:

În art. 65 este înscrisă modalitatea simplă într-o singură formă cea consumată.

În art. 66 este înscrisă prima modalitate calificată tot într-o singură formă cea consumată.

În art. 68 este înscrisă a doua modalitate calificată, în două forme: consumată şi tentativă.

A) Modalitatea simplă (de bază)

Latura obiectivă a acestei infracţiuni constă în intrarea sau ieşirea din ţară prin trecerea frauduloasă a frontierei de stat a României.

B) Cu privire la prima modalitate calificată (agravantă) înscrisă în art.66 din Lg. 56/92, latura obiectivă a acestei infracţiuni constă în intrarea sau ieşirea din ţară săvârşită în scopul sustragerii de la executarea unei pedepse.

C) Cu privire la a doua modalitate agravantă înscrisă în art.68 din Lg. 56/1992.

Această modalitate calificată de trecere frauduloasă a frontierei este reglementată sub două forme: sub forma consumată (alin.1) şi sub forma tentativei (alin.2).

Latura obiectivă a acestei modalităţi calificate constă în trecerea frauduloasă a frontierei de stat române săvârşită prin forţă sau prin atacarea grănicerilor, poliţistilor, lucrătorilor vamali, de către persoane înarmate, sau constituite în grup, sau în scopul scoaterii din ţară a unor bunuri de valoare deosebită, al traficării de arme, muniţii, materiale explozive sau radioactive, a produselor şi substanţelor stupefiante, psihotrope sau toxice dacă fapta nu constituie o infracţiune mai gravă.

Din definiţia legală a acestei modalităţi speciale rezultă că pentru existenţa laturii obiective a acesteia se cer întrunite, cumulativ, următoarele condiţii:

1) Să fie întrunite elementele constitutive ale infracţiunii de bază înscrise în art. 65 sau ale primei modalităţi calificate înscrise în art. 66 din Legea nr. 56/ 1992 , adică:

a) să fie săvârşită o faptă în următoarele variante alternative:

- intrarea în ţară
- ieşirea din ţară

b) fapta să fie săvârşită prin trecerea frauduloasă a frontierei de stat române;

c) fapta să nu urmărească un scop anume sau să urmărească scopul sustragerii de la executarea unei pedepse.

2) La condiţiile cerute pentru existenţa în modalitatea simplă sau în prima modalitate calificată să se adauge următoarele împrejurări alternative specifice acestei modalităţi calificate :

a) fapta să fie săvârşită :

- prin forţă;
- prin atacarea grănicerilor;
- de către persoane înarmate;
- de către persoane constituite în grup.

b) Fapta să fie săvârşită în scopul ;

- scoaterii din ţară a unor bunuri din patrimoniul cultural, naţional sau de valoare deosebită;

- traficării de arme, muniţii, materii explozive sau radioactive, de produse şi substanţe stupefiante, psihotrope sau toxice.

3) Fapta să nu constituie o infracţiune mai gravă.

Explicarea unor concepte

În primul rând este de observat că Legea nr. 56/1992 nu defineşte termenul de "frontieră" nici aserţiunea "trecere frauduloasă a frontierei".

Prin "frontieră" se înţelege în limbaj comun, linia naturală sau convenţională care desparte teritoriul unui stat de teritoriul altor state sau de întinderi de apă care nu fac parte din teritoriul sau graniţa, hotar.

Frontiera de stat a României (graniţa, hotarul) poate fi terestră, aeriană, maritimă sau fluvială.

În consecinţă prin "trecerea frauduloasă a frontierei" se va înţelege fie intrarea în ţară fie ieşirea din ţară prin alte locuri decât cele destinate călătorilor (punctele de control pentru trecerea frontierei de stat române prevăzute de art.20 din Legea 56/1992), prin locurile de trecere legal stabilite, amenajate, dar în mod ascuns sau folosind documente false ori sustrase de la titularii acestora adică în alte condiţii decât cele prevăzute de lege.

Prin "traficare" se înţelege, activitatea economică având drept scop schimbul de mărfuri şi de alte valori ca şi comerţ ilicit, în context cu: arme, muniţii, materii explozive, materii radioactive, produse şi substanţe stupefiante, psihotrope sau toxice.

În ceea ce priveşte substanţele stupefiante, psihotrope sau toxice acestea au fost explicate în capitolele anterioare.

Ultima condiţie prevăzută de art. 68 alin. 1 din Legea 56/92, pentru toate variantele alternative calificate este că fapta sa nu constituie o infracţiune mai gravă.

Prin "infracţiune mai gravă" considerăm că trebuie să se înţeleagă o infracţiune sancţionată cu o pedeapsă mai gravă ca gen sau cu acelaşi gen de pedeapsă dar cu limite speciale superioare (minime sau maxime) sau şi cu alte sancţiuni ori măsuri de ordin penal suplimentar comparativ cu pedeapsa închisorii de la 2 la 7 ani înscrisă în Legea nr. 56/ 1992 art.68 alin.1.

Sub acest aspect se poate observa că fapta înscrisă în art. 68 alin.1, litera c din Legea 56/92 ar putea întruni şi elementele constitutive ale altor infracţiuni cum sunt: contrabanda ca infracţiune specifică prevăzută de Codul Vamal sau de Legea 141/1997 şi traficul de droguri ca infracţiune cuprinsă şi statuată în Legea nr.143/2000. Aceste două infracţiuni sunt însă "mai grave" în înţelesul art 68 din Legea 56/1992, în sensul că:

Traficul de droguri ca infracţiune prevăzută de art.2 si art.3 din Legea nr.143/2000 este sancţionat cu o pedeapsă de la 3 la 15 ani pentru prima modalitate şi cu inchisoare de la 10 la 20 de ani pentru modalitatea prevazuta de art.3

Contrabanda ca infracţiune prevăzută de Legea nr. 30/1978 era sancţionată cu închisoare de la 2 la 7 ani, în prezent însă Legea nr. 141/1997 care a modificat Codul Vamal prevede pentru săvârşirea infracţiunii de contrabandă în sensul art.176 din Legea 141/1997 o pedeapsă cu închisoarea de la 3 la 12 ani şi interzicerea unor drepturi.

În practică se mai poate ivi o situaţie şi anume atunci când substanţele toxice sau radioactive constituie "deşeuri" pot fi întrunite elementele constitutive ale infracţiunii prevăzute de art.302² din Codul Penal ce are ca titlu "Nerespectarea dispoziţiilor privind importul de deşeuri şi reziduri". Acest articol a fost introdus prin Legea nr.88/1992 şi prevede pentru prima modalitate o pedeapsă cu închisoarea de la 2 la 7 ani. În acest caz rămân aplicabile dispoziţiile articolului 68 alin.1 lit. c din Legea nr. 56/1992 privind frontiera de stat a României.

Tentativa la infracţiunea prevăzută de art. 68 din Legea nr. 56/1992 este posibilă, fiind prevăzută expres de alin 2 al art. 68. Astfel atunci când folosind metodele şi mijloacele indicate în art. 68 alin. 1 lit. a-c din Legea nr. 56/1992, făptuitorul nu reuşeşte să treacă frontiera de stat română. Pentru a intra sau ieşi din România, fapta nu va mai constitui contravenţia înscrisă în art. 69 lit. a din Legea 56 ci tentativă la infracţiunea calificată în art. 65 sau art.66, cu aplicarea art. 68 alin.1 literele a – c si alin. 2 din Legea nr. 56/92.

Infracţiunea de Contrabandă (Legea nr. 141/1997)

Text incriminator

Art. 175

"Trecerea peste frontieră, fără autorizaţie a armelor, muniţiilor, materiilor explozive sau radioactive, produselor şi substanţelor stupefiante şi psihotrope, precursorilor şi substanţelor chimice esenţiale, produselor şi substanţelor toxice, constituie infracţiunea de contrabandă calificată şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 12 ani şi interzicerea unor drepturi, dacă legea penală nu prevede o pedeapsă mai mare."

Art. 181

"Tentativa la infracţiunile prevăzute la art. 175–179 se pedepseşte."

Art. 182

"În cazul în care trecerea peste frontieră a anumitor mărfuri sau bunuri constituie infracţiuni cuprinse în alte legi, fapta se pedepseşte, în condiţiile şi cu sancţiunile prevăzute în acele legi, dacă sunt mai aspre."

În perioada 1990-1997, activitatea vamală s-a desfăşurat în conformitate cu prevederile Codului Vamal – Legea nr. 30 din 1978. La data de 1 octombrie 1997 prin Legea nr. 141 s-a abrogat Legea nr. 30/1978, fiind instituit Noul Cod Vamal.

Noul Cod Vamal consacră astfel patru infracţiuni distincte, nuanţate în funcţie de obiectul juridic lezat şi de gradul de pericol social pe care îl prezintă şi anume: infracţiunea de contrabandă - art.175; infracţiunea de contrabandă calificată - art.176; infracţiunea de folosire de acte nereale; infracţiunea de folosire de acte falsificate.

În interesul lucrării de faţă, mă voi ocupa doar de primele două infracţiuni respectiv art. 175 şi art. 176 din Legea nr. 141/1997.

Locurile pentru controlul vamal rezultă din dispoziţiile art. 2 alin. 1 din Legea nr. 141/1997 şi art. 6 şi art.20 alin. 2 din Legea nr. 56/1992 privind frontiera de stat a României.

În art. 2 alin. 1 din Legea nr. 141/1997 se arată că introducerea sau scoaterea din ţară a mărfurilor, a mijloacelor de transport şi a oricăror alte bunuri este permisă numai prin punctele de control pentru trecerea frontierei de stat.

Această prevedere este în concordanţă cu cele ale art. 6 din Legea nr. 56/ 1992, din care rezultă că trecerea frontierei de stat a României de către persoane, mijloace de transport, mărfuri şi alte bunuri se face prin punctele de control pentru trecerea frontierei, deschise traficului internaţional, denumite puncte de control, cât şi prin alte locuri, în condiţiile stabilite prin acorduri şi înţelegeri între România şi statele vecine.

În art. 20 alin. 2 din aceeaşi lege, se arată că deschiderea de noi puncte de control sau închiderea temporară sau definitivă a celor existente se aprobă prin Hotarâre a Guvernului.

Trecerea peste frontiera prin alte locuri decât cele stabilite se referă la mărfuri sau alte bunuri, deoarece infracţiunea de contrabandă are în vedere numai circulaţia ilegală acestora. În ipoteza în care bunurile sau mărfurile vor fi transportate de către o persoană prin astfel de locuri peste frontiera de stat a României vor fi întrunite elementele constitutive a două infracţiuni în concurs real: infracţiunea de contrabandă prevăzută în art. 175 din Legea 141/1997 şi infracţiunea de trecere frauduloasă a frontierei de stat, prevăzută de art. 65 din Legea nr. 56/1992.

În ceea ce priveşte infracţiunea de contrabandă calificată, legiuitorul a menţinut cerinţa ca trecerea peste frontieră să se facă "fără autorizaţie", cerinţa ce va fi îndeplinită şi dacă prevederile unei autorizaţii existente în acest scop au fost încălcate sau depăşite.

Infracţiunea de contrabandă va putea intra în concurs real cu infracţiunea de nerespectare a regimului armelor şi muniţiilor, art. 279 Cod Penal, cu infracţiunea de nerespectare a regimului materiilor explozive, art. 280 Cod Penal, cu infracţiunea de nerespectare a dispoziţiilor privind importul de deşeuri şi reziduri prevăzută în art. 302 Cod Penal. Spre exemplificare inserez următoarea speţă "Inculpaţii, în majoritate cetăţeni străini, constituiţi într-un grup de traficanţi de droguri, au introdus în ţară în perioada 1991-1993, o cantitate importantă de cocaină, ascunsă în interiorul unor obiecte de artă (ori impregnată în ambalaj), expediată cu avionul din Columbia, via Venezuela, din care o parte (104.700 kg) a fost transportată în Italia Germania şi Austria, iar o altă parte (104.127 kg) a fost descoperită asupra lor.

Unul dintre inculpaţi a deţinut, totodată, ilegal şi a făcut contrabandă cu armament şi muniţie.

Inculpaţii au fost trimişi în judecată pentru infracţiunile de :

- contrabandă cu stupefiante prevăzută de art.72 alin.1 lit.b din Legea nr.30/1978 (n.p. această lege este în prezent abrogată locul ei fiind luat de Legea nr.141/1997);
- trafic de stupefiante, infracţiune prevăzută de art.312 alin.1 C. Pen.;
- fals privind identitatea, infracţiune prevăzută de art 293 alin1 C. Pen;
- uz de fals, art.291 din Codul Penal;
- nerespectarea regimului armelor şi muniţiilor, art.279, alin.3, lit.a C. Pen.."

(Rechizitoriu nr.85/p/1993-Secţia de Urmărire penală şi Criminalistică a Tribunalului Bucureşti)

Cu infracţiunile de trafic si consum ilicit de droguri, prevăzute de Legea nr.143/2000, art. 176 din Legea nr. 141/1997 intră în concurs real, fiind însă de aplicare sancţiunile prevăzute de Legea nr.143/2000, deoarece sunt mai grave. Regimul sancţionator prevăzut de art.176 din legea nr. 141/1997 stipulează expres că "infracţiunea de contrabandă calificată se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 12 ani şi interzicerea unor drepturi, dacă legea penală nu prevede o pedeapsă mai mare."

În acest caz se face si aplicarea art. 33 lit. (a) din Codul Penal în conformitate cu prevederile art. 34 lit. (b) din Codul Penal: "când s-au stabilit numai pedepse cu închisoarea se aplică pedeapsa cea mai grea, care poate fi sporită până la maximul ei special, iar când acest maxim nu este îndestulător, se poate adăuga un spor de până la cinci ani."

Infracţiunea de trecere frauduloasă a frontierei de stat în formă agravată prevăzută în art. 68 lit. c din Legea nr.56/1992 nu va mai putea fi reţinută datorită faptului că pedeapsa pe care o prevede este de la 2 la 7 ani, iar art. 182 din Legea nr. 141/1997 menţionează expres că vor fi reţinute infracţiunile din alte legi cu privire la trecerea peste frontieră a unor anumite mărfuri sau bunuri numai dacă sancţiunile prevăzute de acestea sunt mai aspre.

Tentativa la infracţiunea de contrabandă calificată prevăzută de art. 176 din Legea nr. 141/1997 este posibilă ea fiind stipulată de art. 181 din aceeaşi lege.

Secţiunea 1 – Aspecte procesual-penale

Circumstante agravante

ÎN AFARA DE CIRCUMSTANTELE AGRAVANTE stabilite de legiuitor in art.75 din Codul Penal, Legea nr,143/2000 privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri, stabileste situatii in care pot fi comise infractiunile incriminate, situatii care constituie in viziunea amintitei legi circumstante agravante, astfel :

- ✓ Situatia in care persoana care a comis infractiunea indeplinea o functie ce implica exercitiul autoritatii publice iar fapta a fost comisa in exercitarea acestei functii prezinta un pericol social ridicat, constituind circumstanta agravanta;
- ✓ Cadrele medicale si persoanele care au atributii in lupta impotriva drogurilor au o obligatie in plus de a se conforma nomelor penale obligatorii. La aceasta obligatie se adauga si obligatia profesionala ce rezulta din deontologia specifica de a nu comite o infractiune la regimul drogurilor. In concluzie fapta va fi mai grava daca va fi comisa de un cadru medical sau de o persoana care are, potrivit legii, atributii in lupta impotriva drogurilor;
- ✓ Drogurile au fost trimise si livrate, distribuite sau oferite unui minor, unui bolnav psihic, unei persoane aflate in cura de dezintoxicare sau sub supraveghere medicala ori s-au efectuat alte asemenea activitati interzise de lege cu privire la una dintre aceste persoane ori daca fapta a fost comisa intr-o institutie sau unitate medicala, de invatamant, militara, loc de detentie, centre de asistenta sociala, de reeducare sau institutie medical educativa, locuri in care elevii, studentii si tinerii desfasoara activitati educative, sportive, sociale ori in apropierea acestora. Prin calitatea subiectului pasiv, precum si prin implicatiile, influenta si rezonanta locurilor unde se desfaoara activitatile infractionale, se imprima o gravitate sporita urmarilor produse prin aceste activitati;
- ✓ In cazul in care la comiterea infractiunilor prevazute de art.2-11 sunt cooptati minori, se opereaza mutatii la nivelul psihicului acestora inca neformat indeajuns astfel incat acestia aluneca in panta deviantei;
- ✓ Ultima circumstanta agravanta prevazuta de art.14 din Legea nr.143/2000, se refera amestecurile si combinatiile intre diferite droguri si/sau substante, care le maresc potentialul daunator, distructiv din punct de vedere fizic si psihic.

In prezenta acestor circumstante agravante, instanta de judecata urmeaza sa aplice o pedeapsa ccatre maximul special, iar daca aceasta este neindestulatoare, in cazul pedepsei inchisorii, se poate aplica un spor de pana la 5 ani, care nu poate depasi o treime din acest maxim, iar in cazul amenzii se poate aplica un spor de cel mult jumatate din maximul special.

Cauze de impunitate sau de reducere a pedepsei

In articolul 15 din Legea nr.143/2000, sunt prevazute imprejurarile in care faptuitorul nu este pedepsit sau beneficiaza de clementa normei incriminatoare in sensul ca va fi sanctionat cu jumatate din pedeapsa prevazuta de legea pentru infractiunea comisa.

Acest benficiu acordat de lege, vine in intampinarea nevoii de informatii resimtita de organele de cercetare penala, precum si de toate organismele ce apara sau au un rol in apararea valorilor fundamentale ocrotite de norma legala.

Este pentru prima data cand in legislatia penala romaneasca se consacra temenul de "negociere", ajungandu-se prin aceasta institutie la adevaratii promotori si sustinatori a activitatilor interzise de norma penala, Se pune astfel cel mai bine in aplicare principiul prevenirii faptelor prevazute de legea penala, prin faptul ca urmeaza sa se desfinteze o organizatie sau asociatie criminala incepand cu capii acestora si nu cu "plevusca" reprezentata de distribuitori, transportatori etc.

In conformitate cu dispozitiile art.15 "nu se pedepseste persoana care, mai inainte de a fi inceputa urmarirea penala, denunta autoritatilor competente participarea sa la o asociatie sau intelegere in vederea comiterii uneia dintre infractiunile prevazute la art.2-10, permitand astfel identificarea si tragerea la raspundere penala a celorlalti participanti."

"De asemenea persoana care a comis una dintre infractiunile prevazute la art.2-10, iar in timpul urmaririi penale denunta si faciliteaza identificarea si tragerea la raspundere penala a altor persoane care au savarsit infractiuni legate de droguri beneficiaza de reducerea la jumatate a limitelor pedepsei prevazute de lege."

Confiscarea speciala

In afara de confiscarea speciala consacrata in cadrul art.118 din Codul Penal, Legea nr.143/2000, prin art.17 completeaza dispozitiile mentionate anterior dupa cum urmeaza: "drogurile si alte bunuri care au facut obiectul infractiunilor prevazute in art.2-10, se confisca, iar daca acestea nu se gasesc, condamnatul este obligat la plata echivalentului lor in bani. Se confisca de asemenea banii, valorile sau orice alte bunuri dobandite prin valorificarea drogurilor."

Drogurile care vor fi confiscate in astfel de conditiuni, se vor distruge, fiind insa obligatorie pastrarea de contraprobe.

In virtutea unor ratiuni de ordin economic, vor fi exceptate de la masura distrugerii, urmatoarele categorii de droguri :

- medicamentele utilizabile, care au fost remise farmaciilor sau unitatilor spitalicesti, dupa obtinerea avizului prealabil de la Directia Farmaceutica din cadrul Ministerului Sanatatii;

- plantele si substantele utilizabile in industria farmaceutica sau in alta industrie, in functie de natura acestora, care au fost remise unui agent economic public sau privat, autorizat sa le utilizeze ori sa le exporte;

- diferite tipuri de droguri si in cantitati corespunzatoare care vor fi pastrate in scop didactic si de cercetare stiintifica sau au fost remise institutiilor care detin caini si alte animale de depistare a drogurilor pentru pregatirea si mentinerea antrenamentului acestora cu respectarea dispozitiilor legale.

Operatiunile de distrugere vor fi efectuate in mod periodic prin incinerare sau prin alte mijloace adecvate, de catre o comisie formata din cate un reprezentant al Parchetului de pe langa Curtea Suprema de Justitie, al Ministerului Sanatatii – Directia Farmaceutica, al Ministerului Apelor si Padurilor si Protectiei Mediului, un specialist din cadrul formatiunii centrale de reprimare a traficului ilicit de droguri din Inspectoratul General al Politiei si gestionarul camerei de corpuri delicte din cadrul aceleiasi unitati.

Competenta materiala

Din punct de vedere al competentei materiale, infractiunile din cadrul Legii nr.143/2000, cad in competenta de urmarire si de judecata a tribunalului judetean in circumscriptia caruia a fost savarsita infractiunea sau in competenta Tribunalului Bucuresti.(art.209 raportat la art.27, C.Pr.Pen.).

Conform art. 28[1] pct. 2, apelul împotriva hotărârii dată de prima instanţă, având ca obiect infracţiunea de trafic de stupefiante se judecă de către Curtea de Apel, ca instanţă de recurs este competentă să judece conform art. 29, punctul 2, lit. a, Curtea Suprema de Justiţie.

In cadrul Municipiului Bucuresti se intalneste o situatie speciala deoarece printr-un ordin al I.G.P, Brigada Antidrog, din cadrul Brigazii de Combatere a Crimei Organizate, lucreaza cu procurorii de pe langa Curtea de Apel; in schimb infractiunile la regimul drogurilor constatate de politistii de pe langa Sectiile de Politie sunt instrumentate de procurorii de la Parchetul de pe langa Tribunalul Bucuresti.

Organele de urmărire penală, respectiv Serviciul Antidrog, se sesizează din oficiu în cazul săvârşirii infracţiunilor prevăzute de Legea nr.143/2000.

Aşadar conform cu doctrina procesual penală[2] când acest organ de urmărire penală află de săvârşirea acestor infractiuni, pe altă cale decât prin denunţ sau plângere are loc o sesizare din oficiu. Modalităţile concrete în care se realizează sesizarea din oficiu sunt multiple. Asftel, organul de urmărire penală poate afla că s-a comis o infracţiune la regimul drogurilor, pe baza constatării persoanle a unei infracţiunii flagrante sau prin primirea unui denunţ anonim. Este, de asemenea posibil ca la cunoaşterea acestor fapte penale să se ajungă prin intermediul mijloacelor de informare în masă. Chiar şi zvonul public este de natură să atragă atenţia organelor de urmărire penală asupra împrejurării săvârşirii infracţiunii de trafic de stupefiante, într-una sau în mai multe din modalităţile prevăzute de art. 312 din Codul Penal.

În ceea ce priveşte luarea măsurilor de siguranţă[3] faţă de toxicomani, art. 113 şi art. 114 Cod Penal prevăd că se poate lua împotriva făptuitorului măsura de siguranţă a obligării la tratament medical, respectiv a internării medicale, când acesta datorită intoxicării cronice prin alcool, stupefiante sau alte asemenea substanţe, precum şi a unei stări de toxicomanie prezintă pericol pentru societate.

Conform art. 162 Cod Procedura Penală, măsurile se pot lua în mod provizoriu, în tot cursul procesului penal.

În faza de urmărire penală măsura este dispusă de procuror, iar în faza de judecată de instanţă. Odată cu măsura luată organul sesizează şi Comisia Medicală competentă să avizeze internarea toxicomanilor periculoşi, întrucât confirmarea măsurii are loc numai pe baza acestui aviz.

Dacă cel internat are în ocrotire persoane dintre cele prevăzute în art.161 Cod Procedura Penală, se va lua în mod corespunzator şi măsura de ocrotire indicată în acest text.

Măsura internării provizorii durează până la confirmarea ei de către instanţa judecătorească. Confirmarea măsurii prin hotarârea definitivă a instanţei face ca măsura să nu mai aibă caracter provizoriu şi natura procesuală. Ea se transformă într-o măsură de siguranţă aplicată ca sancţiune penală având deci natura juridică a unei instituţii de drept material. Hotarârea prin care s-a confirmat măsura poate fi atacată separat cu recurs, însă recursul introdus nu suspendă executarea măsurii dispuse.

In luarea masurilor de siguranta prevazute de art.112 si 113 din Codul Penal, trebuie sa se tina seama si de dispozitiile din cadrul Legii nr.143/2000, cu privire la masurile impotriva consumului ilicit de droguri (art.27-30).

În legătură cu obligarea la tratament medical, a toxicomanului, art.430 din Codul de Procedură Penală statuează următoarele obligaţii: "unitatea sanitară la care faptuitorul a fost repartizat pentru efectuarea tratamentului medical este obligată să comunice instanţei:

a) dacă toxicomanul s-a prezentat pentru a urma tratamentul medical obligatoriu;

b) dacă toxicomanul s-a sustras de la efectuarea tratamentului după prezentare;

c) când, măsura impusă de instanţă, nu mai este necesară sau nu a fost necesară, însă pentru înlăturarea stării de pericol pe care o prezintă toxicomanul, este indicat un alt tratament;

d) dacă pentru efectuarea tratamentului medical este necesară internarea medicală.

După primirea comunicării unităţii medicale, instanţa, fie instanţa de executare, fie instanţa din raza teritorială în care se află unitatea medicală (art. 430 alin 2 Cod Procedură Penală), după ascultarea concluziilor procurolului şi în măsura în care este necesar, a celui interesat, dispune fie înlocuirea tratamentului fie internarea medicală (art. 431 Cod Procedură Penală).

În privinţa internării medicale art. 433 C. Pr. Pen. consacră două obligaţii pentru Direcţia Sanitară şi pentru unitatea sanitară la care s-a făcut internarea toxicomanului. Astfel, Directia Sanitară este obligată să efectueze internarea încunoştiinţând despre aceasta instanţa de executare; iar unitatea sanitară are obligaţia, în cazul când consideră că internarea toxicomanului nu mai este necesară, să încunoştiinţeze judecătoria în a cărei raza teritoriala se găseşte unitatea sanitară.

Judecătoria, după primirea încunoştiinţării făcută de unitatea sanitară, poate dispune, după ascultarea concluziilor procurorului, ale apărătorului sau ale persoanei internate (dacă este necesar), fie încetarea internării, fie înlocuirea acesteia cu măsura obligării la tratament medical (art.434 Cod Procedură Penală).

Tot art.434 în alin.2 prevede că: "încetarea sau înlocuirea măsurii internării poate fi cerută şi de toxicoman ca persoană internată sau de procuror". În aceste cazuri instanţa cere avizul unităţii sanitare unde se află internată persoana dependentă de substanţe stupefiante.

Dispozitii procedurale cu caracter special

Operatiunile speciale despre care am mai amintit la inceputul lucrarii si anume "livrarea supravegheata" si folosirea "investigatorilor acoperiti", sunt autorizate de catre procurori din cadrul Parchetului de pe langa Curtea Suprema de Justitie. Art. 20 stipuleaza ca livrarea supravegheata se poate efectua la solicitarea institutiilor sau organelor abilitate cu sau fara substituirea totala a drogurilor ori a precursorilor.

In privinta folosirii "investigatorilor acoperiti", art.21, mentioneaza ca procurorul autorizeaza folosirea acestora pentru descoperirea faptelor, identificarea autorilor si obtinerea mijloacelor

de proba, in situatiile in care exista indicii temeinice ca a fost savarsita sau ca se pregateste comiterea unei infractiuni dintre cele prevazute in prezenta lege. Aceasta autorizare este data pentru o perioada limita de 60 de zile cu posibilitatea –prelungirii pentru motive temeinic justificate, fiecare prelungire neputand depasi 30 de zile.

In vederea descoperirii activitatilor infractionale si identificarii persoanelor implicate in astfel de activitati, politistii care actioneaza ca investigatori acoperiti, precum si colaboratorii acestora pot procura droguri, substante chimice esentiale si precursori, cu autorizarea prealabila a procurorului. Un concept deosebit de interesant si care poate da nastere unor situatii neprevazute, este acela de "colaborator", pe care legiuitorul nu-l explica. In opinie personală, acesti "colaboratori", nu pot fi decât persoanele care ofera informatii politistilor ("informatorii, agentii"), informatii cu relevanta in planul activitatii infractionale.

O situatie de restrângere temporara de drepturi, se iveste atunci cand opersoana care pregateste comiterea unei infractiuni dintre cele prevazute in prezenta lege sau care a comis o asemenea infractiune, foloseste sisteme de telecomunicatii sau informatice. In aceasta situatie organul de urmarire penala poate, cu aprobarea prealabila a procurorului, sa aiba acces pe o perioada determinata la aceste sisteme si sa le supravegheze. Inregistrarile care se fac in urma operatiunilor de supraveghere, pot fi folosite ulterior ca mijloc de proba in procesul penal.

Cu toate ca legiuitorul nu mentioneaza ca in Legea nr.51/1991, perioada pentru care se face supravegherea sistemelor de comunicatii, aceasta perioada trebuie sa fie totusi determinata, lasandu-se la latitudinea procurorului stabilirea intervalului de timp necesar supravegherii.

In momentul in care apar indici ca s-a comis ori ca se pregateste savarsirea uneia dintre infractiunile prevazute in prezenta lege, se poate efectua perchezitia domiciliara sau corporala in conditiile stabilite in Codul de Procedura Penala.

Mai mult in cazul in care exista indicii temeinice ca o persoana transporta droguri ascunse in corpul sau, pe baza consimtamantului scris, organul de urmarire penala dispune efectuarea unor examene medicale in vederea depistarii acetora. In situatia in care persoana suspectata refuza efectuarea examenelor medicale, oragnul de urmarire penala solicita autorizatia pentru efectuarea investigatiilor medicale, procuroul mentionând in autorizatie si unitatea medicala care va efectua aceste investigatii.

In finalul acestor scurte precizari de ordin procedural, Legea nr.143/2000, reitereaza in articolul 26, faptul ca formatiunea centrala de reprimare a traficului ilicit de droguri din Inspectoratul General al Politiei este unica formatiune care coordoneaza si centralizeaza toate datele care vizeaza drogurile, substantele chimice esentiale, precursorii si inhalantii chimici toxici.

Masuri impotriva consumului ilicit de droguri

Intrucat consumul ilicit de droguri este interzis si sanctionat ca atare pe terioriul Romaniei, persoana care consumă in mod ilicit droguri aflate sub control national este supusa dupa caz uneia dintre urmatoarele masuri : *cura de dezintoxicare* sau *supravegherea medicala*.

Aceste masuri urmeaza sa fie dispuse de una dintre unitatile medicale stabilite de Ministerul Sanatatii, pe baza unei expertize medico-legale.

Cura de dezintoxicare urmeaza sa se realizeze in regim de spitalizare in una dintre unitatile medicale stabilite de Ministerul Sanatatii care sunt obligate sa verifice periodic oportunitatea continuarii curei.

Atunci cand nu este necesara cura de dezintoxicare, persoana este supusa supravegherii medicale intr-o unitate medicala, publica sau privata, dintre cele stabilite de Ministerul Sanatatii, care aplica masurile medicale necesare, tinand seama de starea de sanatate a persoanei, de personalitatea acesteia si de mediul social din care provine. Urmeaza ca aceasta supraveghere medicala sa fie asigurata in mod continuu sau temporar, de una din unitatile stabilite de Ministerul Sanatatii, impreuna cu o familie, o persoana sau o colectivitate care prezinta aptitudinile necesare unei astfel de supravegheri.

Cheltuielile ocazionate de cura de dezintoxicare sau de supravegherea medicală, precum si de efectuarea expertizei medico-legale sunt suportate de stat si in functie de posibilitatile materiale, de catre persoana in cauza, de familie sau de un organism privat, in conditiile stabilite printr-un ordin comun al ministrului sanatatii si al ministrului finantelor.

O problema de maxima actualitate o prezinta situatia cu care se confrunta toxicomanii in penitenciare. Este cunoscut faptul ca sistemul penitenciar din intreaga lume cunoaste o proliferare a consumuli ilicit de droguri la un nivel mai crescut sau mai scazut in functie de masurile impuse de conducerea peniteciarului si de integritatea functionarilor chemati sa-si aduca aportul la reeducarea si resocializarea condamnatilor. Intrucat si in penitenciarele din Romania sunt fie adusi condamanti toxicomani, fie cad in aceasta panta devianta, urmeaza ca ministrul justitiei si cel al sanatatii sa stabileasa printr-un ordin comun masurile medicale si educative care vor fi aplicate toxicomanilor in penitenciare.

Secţiunea 2 –Traficul de stupefiante în România în date statistice, pe anii 1997-1998

Din datele statistice ale Ministerului Public în legătură cu activitatea desfăşurată în materia combaterii traficului şi consumului de droguri rezultă următoarele date importante:

♦ În anul 1997 procurorii au efectuat urmărirea penală ori au supravegheat cercetările efectuate de poliţie în 151 de dosare, în care au fost cercetate 223 de persoane.

Au fost soluţionate prin rechizitoriu 100 de cauze, dispunându-se trimiterea în judecată a 174 de persoane.

În anul 1998 până la data de 15 iunie, procurorii au efectuat urmărirea penală, ori au supravegheat cercetările efectuate de organele de poliţie în 81 de cauze.

Au fost cercetate 108 persoane, din care au fost trimise în judecată 68 de persoane, prin emiterea a 45 de rechizitorii.

Analizând din punct de vedere geografic situaţia cauzelor privind traficul şi consumul ilegal de droguri, rezultă în primul rând că Bucureştiul este zona în care se înregistrează cele mai multe încălcări ale prevederilor legale în materie.

Astfel în anul 1997 în Bucureşti au fost identificate ca vinovate de săvârşirea infracţiunii de trafic de stupefiante şi au fost trimise în judecată 112 persoane (89 de Parchetul de pe lângă Tribunalul Bucureşti şi 23 de Parchetul de pe lângă Curte Supremă de Justiţie), ceea ce înseamnă peste 64% din totalul înregistrat în România.

În anul 1998 pe raza Capitalei, au fost identificate ca vinovate de trafic şi consum ilicit de stupefiante şi au fost trimise în judecată 51 de persoane (34 de Parchetul de pe lângă Tribunalul Bucureşti şi 17 de Parhetul de pe lângă Curtea Suprema de Justiţie), număr care reprezintă 75% din total.

Cumulând numărul de persoane vinovate de trafic şi deţinere ilegală de droguri şi trimise în judecată, rezultă că după capitală urmează Parchetele de pe lângă Curţile de Apel:

- Timişoara cu 36 de inculpaţi;

- Alba cu 8 inculpaţi;
- Cluj cu 7 inculpaţi;
- Galaţi cu 5 inculpaţi;
- Braşov şi Craiova cu câte 4 inculpaţi;
- Oradea cu 3 inculpaţi;
- Târgul Mureş, Suceava, Iaşi, Ploieşti şi Constanţa cu câte 2 inculpaţi;
- Piteşti cu câte 1 inculpat;
- Bacău – nici un inculpat.

Din situaţia expusă rezultă, în primul rând că faptele de trafic şi consum ilicit de droguri s-au identificat şi în judeţele de vest ale ţării, precum şi în cele de graniţă.

În perioada 1 ianuarie 1997 – 15 iunie 1998 instanţele sesizate prin rechizitoriul procurorului au aplicat 134 de pedepse definitive pentru trafic şi consum ilicit de droguri, din care :

- 24 sub un an închisoare;
- 87 între 1 an si 3 ani închisoare;
- 23 între 3 si 5 ani închisoare;

Din datele expuse mai sus rezultă că în general instanţele, judecând persoanele trimise în judecată pentru trafic şi deţinere ilicită de droguri, au aplicat pedepse sub 3 ani închisoare (nota autorului: 3 ani este minimul de pedeapsă prevăzut de lege în momentul actual pentru această infracţiune). Această realitate este generată în principal, de împrejurarea că faptele au fost comise înainte de 14 noiembrie 1996 dată până la care traficul de stupefiante era sancţionat cu pedeapsa închisorii cuprinsă între 6 luni şi 5 ani.

Aşa cum rezultă din situaţia statistică existentă, în perioada 1991-1997 au fost descoperite 412 cazuri de trafic ilicit de droguri, fiind confiscate 20.697, 798 kg asemenea substanţe. Au fost implicate 649 de persoane dintre care 219 cetăţeni români.

În anul 1997, Poliţia Româna a definitivat cercetările în 803 cazuri privind infracţiuni la regimul stupefiantelor, cu 206 mai multe decât în anul precedent, din care peste 60% reprezintă cazuri de nerespectare a regimului producerii, deţinerii sau circulaţiei substanţelor toxice sau stupefiante.

Majoritatea faptelor penale au fost comise în mediul urban (661), din care cele mai multe în municipiul Bucureşti (120).

Modul în care este ţinută statistica pe droguri nu permite o analiză cu privire la fiecare fapta infracţionala în parte, incriminată în art. 312 Cod Penal.

Situaţia confiscărilor de droguri în România se prezintă astfel :

Zonele geografice de origine ale traficanţilor

	991	992	993	994	995	996	997	Total
România			8	3	8	8	0	19
Europa		6	4	0	7	1	8	48
Asia		5	8	5	8	2	0	20
Africa						4		5
America de Nord şi Sud								3
Austria								
Neprecizată								3
Total	4	7	7	7	4	88	32	49

Au fost cercetate un număr de 887 persoane, majoritatea bărbaţi (din care 110 străini), din care 301 au fost cercetaţi în stare de arest preventiv.

Analiza componenţei pe vârste a partcipanţilor evidenţiază că :

- 34 au vârsta cuprinsă între 14 şi 17 ani;
- 77 au între 18 şi 20 de ani;
- 241 sunt din categoria de vârstă 21-29 ani;
- 428 se situează între 30 si 50 de ani;
- 117 au peste 50 ani.

În ceea ce priveşte nivelul de instruire al respectivilor; este de remarcat că:

- 313 au absolvit şcoala generală;
- 71 sunt absolvenţi ai şcolii profesionale;
- 281 au diplomă de bacalaureat;
- 196 sunt licenţiaţi ai unor forme superioare de învăţământ.

Referitor la ocupaţia socială, statistica arată că 134 provin din rândul muncitorilor, 19 au ca ocupaţie de bază agricultura, 129 sunt salariaţi sau patroni ai unor societăţi comerciale de stat sau private, 78 sunt cuprinşi în diverse forme de învăţământ (elevi, studenti), 47 lucrează în domeniul medico-sanitar, 263 au alte ocupaţii iar 168 nu sunt încadraţi în muncă.

Secţiunea 3 – Aspecte Sociale[*]

Deşi nu există studii efectuate în acest domeniu, ceea ce se poate remarca este interesul mass-media pentru acest subiect, dar, din păcate mai ales pentru latura spectaculoasă a fenomenului.

Consumatorilor de droguri nu li se oferă încă nici o formă de reabilitare şi reintegrare în societate şi familie, de aceea ei redobândesc adesea viciosul obicei după externarea din centrul de tratare al toxicomanilor.

În condiţiile în care falia dintre generaţii se măreşte şi problemele societăţii se acutizează, apare criza existenţială, lipsa de comunicare şi perspectivă. Pe acest fond drogul reprezintă pentru tineri soluţia ideala: noutatea care atrage, instrumentul ce poate rezolva probleme şi incertitudini, modul de manifestare şi afirmare a personalităţii. Neputându-se integra în normalitate ei găsesc o cale deviantă de existenţă. Aceasta ajunge să-i marcheze şi să-şi facă simţită impactul la nivelul întregii societăţi.

Internarea în secţia de toxicomanie se face la solicitarea consumatorilor dependenţi (există şi un acord scris în această direcţie). În realitate ea este în mare rezultatul insistenţelor şi rugăminţilor familiei (părinţi, soţi etc.) unde au loc conflicte şi tensiuni, adevărate drame datorate drogului. Decizia de a se interna este luată de către subiecţi pe baza următoarei constelaţii motivaţionale :

- conştientizarea efectelor asupra organismului (la 75% din cazuri); aici apare diferenţierea între cei care acuză riscul degradării fizice şi al scăderii potenţei sexuale

[*] Raport al Secţiei Organizare, Control şi Studii Parchetul de pe lângă Curtea Supremă de Justiţie, cu privire la situaţia traficului de stupefiante în România.

(majoritar) şi cei care resimt scăderea capacităţilor inelectuale (cei cu nivel de studii mai ridicat şi cu ocupaţii pe cont propriu);

- lipsa banilor (după ce au vândut şi amanetat haine, bijuterii, mobilă chiar) şi riscul de a-şi pierde serviciul (25-30%);
- panică după crize determinate de supradoze, luate de ei sau de prieteni (25%).

Aproape jumătate din ei (41%) sunt pentru prima dată în secţia de toxicomanie, restul având încă două, trei internări. Indiferent de aceasta, starea lor de spirit are aceleaşi coordonate. Este vorba în primul rând de dispariţia nevoii acute drog (care este resimţită ca o mare uşurare) însoţită de o stare de calm de relaxare fizică şi psihică. Tratamentul este bine primit.

Modul de percepere a tratamentului, ocupaţia şi modul de viaţă în general este în strânsă corelaţie cu proiectele şi planurile pe care şi le fac subiecţii pentru perioada de după externare în care vor trebui de fapt să renunţe cu adevărat la drog.

Mare parte din ei (80%) preconizează renunţarea la vechiul anturaj ca o condiţie obligatorie a renunţării la drog şi ocuparea timpului cu familia sau cu afacerile personale/familiale. Există chiar şi idei de plecare din localitate (pentru a preveni cedarea şi reunirea cu vechiul anturaj la vechile obiceiuri) fie în scurte vacanţe în provincie (cei cu posibilităţi materiale şi situaţie familială mai bună), fie în alte ţări (Germania, Japonia etc.) pentru bani (este vorba de cei din clasele mai defavorizate: ţigani, ospătari, dansatoare, etc.).

La nivel interuman, acest fenomen creează consumatorilor probleme fizice, afective, de comporatament şi de ordin financiar, adesea de nedepăşit.

Relaţiile familiare, dintre soţi, dintre părinţi şi copii devin dificile datorită drogurilor. În atare situaţie se ajunge la compromiterea situaţiei şcolare, a activităţilor profesionale, ajungându-se la tensiuni sau rupturi în relaţiile sociale, mai ales în cadrul familiei. Relele tratamente şi abandonul familial sunt adesea răspunzătoare de tentaţia consumului de droguri.

De asemenea, abuzul şi traficul ilicit de droguri creează probleme foarte mari serviciilor de combatere a acestor fapte.

Poliţistii, prin natura activităţilor specifice, se află deseori în contact cu indivizi aflaţi sub influenţa drogurilor, al căror comportament este imprevizibil şi riscă să fie agresaţi. Pe de altă parte fondurile financiare enorme puse în joc de comerţul ilicit de droguri pot fi un factor de corupere.

Poliţia prin cadrele cu atribuţii comunitare şi serviciul de prevenire a început să se implice din ce în ce mai mult în activităţile de reducere a cererii luând parte activ la toate etapele acţiunii preventive.

Prin experienţa sa şi raporturile pe care le întreţine cu toate categoriile sociale, poliţia deţine o poziţie de frunte, având posibilitatea de a da exemplu şi de a promova respectul şi înţelegerea legii, de a trezi conştiinţa oamenilor, de a contribui la educarea acestora, de a acorda asistenţă de specialitate unei colectivităţi, chiar din interiorul acesteia, pentru a preveni, combate şi reduce criminalitatea şi delincvenţa legate de droguri, în special la tineri.

De asemenea poliţia este un factor de educaţie la nivel social în sensibilizarea opiniei publice cu privire la pericolul reprezentat de drog în rândul tinerilor vulnerabili, ajutându-i să cunoască tipurile de droguri şi efectele lor nefaste.

Înţelegându-şi rolul, Poliţia Româna a analizat permanent, calitativ extinderea fenomenului drogurilor încercând să estimeze amploarea problematicii sociale, precum şi situaţiile de risc pentru populaţie ce au la origine consumul de droguri.

Din aceste analize a rezultat cu certitudine faptul că la originea extinderii fenomenului drogurilor în România în perioada de tranziţie se află: şomajul, inflaţia, stress-ul, concurenţa neloială, inadaptibilitate, sărăcia (pauperizarea), prăbuşirea sistemului de protecţie sociala, etc.

Secţiunea 4 – Aspecte medico-legale

Elemente de toxicologie medico-legală[5]

Toxicologia se ocupă de studiul otrăvurilor şi otrăvirilor. Medicina legală, prin particularităţile ei a dezvoltat o ramură a toxicologiei, numită *chimie legală*, care se ocupă cu diagnosticul de laborator al otravirilor, pentru lămurirea cazurilor de morţi violente şi îmbolnăviri suspecte.

Factori care influenţează otrăvirea[6]

Caracterul şi gravitatea unei otrăviri depinde de o serie de factori, care ţin de substanţa propriu-zisă introdusă în organism şi de organismul asupra căruia a acţionat.

1) Factori care depind de substanţa

Amintim în primul rând structura şi proprietăţile chimice ale toxicului. În cazul drogurilor vegetale va avea influenţă originea lor, precum şi timpul care a trecut de la culegere, durata şi condiţiile păstrării lor; solubilitatea este de asemenea o condiţie indispensabilă pentru resorbţie. Cantitatea de substanţă introdusă sau doza are un rol determinant în intoxicaţii. Se deosebesc în legatură cu fiecare substanţă mai multe doze: terapeutică (curativă, medicinală); doza toxică (tolerată) şi doza letală minimă.

Concentraţia toxicului influenţează de asemenea otravirea, băuturile concentrate induc mai repede starea de beţie.

2) Modul de administrare

Substanţele otrăvitoare pot ajunge în organism în stare pură, orginală, alteori amestecate cu mâncăruri, băuturi etc. Aceşti vehiculanţi meniţi să mascheze gustul, culoarea sau mirosul otrăvurilor pot dilua, precipita, neutraliza efectul toxic.

3) Factori care depind de subiect

a) P o a r t a d e i n t r a r e a toxicului sau stupefiantului în organism este variată.

Accesul *per os* este cel mai frecvent. Principalul loc de resorbţie este intestinul subţire. Toxicele introduse pe cale bucală se elimină parţial prin vomismente şi diaree. Circulaţia portală face ca ficatul să neutralizeze o parte din substanţă. Absorbţia prin rect (clismă) este mai rapidă, ocolind filtrul hepatic prin anastomozele existente cu circulaţia venei cavei inferioare.

Plămânul permite resorbţia toxicelor gazoase (C.O, eter, cloroform, etc.) şi a stupefiantelor (opiu, cocaina, marijuana haşiş etc.). Efectul este foarte prompt.

Absorbţia prin piele este posibilă numai prin îndepărtarea epidermului şi al stratului său lipoid şi acid. Mercurul în emulsie grasă poate pătrunde prin fricţiuni sau cantarida (care produce o dermatită locală).

Există şi posibilitatea de acces a toxicelor prin mucoasă (bucală, conjunctivală, vaginală, vezicală, uterină etc.).

Calea *parenterală*, prin injecţii subcutanate, intramusculare sau intravenoase, favorizează o acţiune rapidă. După o formulă generală, doza pe kilogram corp variază în felul următor, după

poarta de intrare: per os = 1, rectal = 1,5-2, subcutanat = 1/3, 1/2, intramuscular = 1/3, 1/2, intravenos = 1/4.

b) P r o p r i e t a ţ i l e i n d i v i d u a l e a l e o r g a n i s m u l u i sunt în funcţie de particularităţi fiziologice şi patologice. Este bine cunoscut că are influenţă vârsta, sexul, greutatea corporală, stări fiziologice (digestie, menstruaţie, graviditate, alăptare, climax etc.). Copii sunt excesiv de sensibili la alcaloizii opiului, faţă de alcool şi acidul tartric. Din contra ei suportă bine substanţele barbiturice.

Munca fizică poate grăbi apariţia semnelor de intoxicaţie prin circulaţia mai rapidă şi ventilaţia mai intensă. Exista posibilitatea de obişnuinţă faţă de unele otrăvuri (mitridatizare sau mithridatism); de exemplu în cazul arsenului şi morfinei, nicotinei, cafeinei.

În caz de toxicomanie (narcomanie), întreruperea bruscă a consumului este însoţita de fenomene grave de abstinenţă.

Sensibilitatea sporită faţă de un toxic are mai multe forme. Intoleranța este o stare determinată biologic, caracterizată printr-un prag de excitare scăzut (de exemplu faţă de chinină sau morfină). Idiosincrasie apare ca o reacţie anormală a organismului din punct de vedere calitativ şi este o varietate biochimică a organismului caracterizată printr-o lipsa de enzime, care nu constituie o boală în sine dar devine periculoasă în caz de introducere a medicamentului respectiv. În sfârşit cunoaştem hipersensibilitatea faţă de unele medicamente, care se poate introduce şi printr-un mecanism alergic.

4. Soarta toxicului în organism

După pătrunderea toxicului în organism, pe căile expuse mai sus, el se absoarbe în sânge apoi se difuzează în întregul organism. Există procese de cumulare, localizare, fixare a otrăvurilor, paralel cu transformarea lor prin descompunere, combinare, dezintoxicare precum şi procese de eliminare prin secreţii şi excreţii. Rolul cel mai important în dezintoxicarea organismului îl are ficatul şi rinichiul. Toxicele volatile părăsesc organismul prin aerul expirat. Numeroase otrăvuri ajung în salivă, lapte, transpiraţie. Otrava difuzată în organismul mamei vatamă fatul (intrauterin).

*

În continuare vom prezenta câteva din substanţele stupefiante şi toxice precum şi efectele lor asupra organismului uman.

Toxicele Sistemului Nervos Central

Aparţin acestei grupe: substanţele narcotice (alcoolul metilic şi etilic, eterul, cloroformul, clorhidratul); toxicele somnifere şi hipnotice (morfina, opiul, substanţele barbiturice); excitanţii S.N.C (stricnina, atropina, nicotina, cocaina); Toxicele Sistemului Nervos Periferic (curara, nicotina, muscarina, coniina).

În cele ce urmează vom schiţa doar unele cunoştinţe în legătură cu cele mai frecvente otrăviri aparţinând acestui grup, întâlnite în practica medico-judiciară.

a) Alcoolul metilic se obţine prin distilarea lemnului. Poate produce intoxicaţii accidentale prin confuzie cu alcoolul etilic. Se oxidează încet şi incomplet în organism, metaboliţii săi fiind aldehida formică şi acidul formic, responsabili de tabloul grav al intoxicaţiei ce apare după o perioadă de latenţă de câteva ore şi se manifestă prin dureri de cap, slăbiciune musculară, convulsii, vomă, dispnee, cianoză, tulburări de vedere până la orbire; moartea este precedată de o stare comatoasă. Sensibilitatea faţă de alcoolul metilic variază mult; doza mortală este între 20 şi 100 de ml.

a) *Alcoolul etilic*. Alcoolul prezintă o problemă socială economică, sanitară şi judiciară. Marea majoritate a accidentelor, infracţiunilor în special împotriva sănătăţii şi integrităţii corporale sunt comise în stare de influenţare alcoolică. Are un rol major în traumatismele de circulaţie. Este toxicoamania cea mai răspândită pe tot globul, constituind obiectul unor preocupări multiple ale organelor judiciare, sociale, medicale şi didactice.

Băuturile cu conţinut de alcool diferă după compoziţia lor şi mai ales după concentraţia lor în alcool. Se cunosc băuturi alcoolice fermentate: berea (2-6%), vinul (8-12%), băuturi alcoolice distilate, ca: ţuica, votca, rachiul etc., cu concentraţia între 30 si 70%, precum şi băuturi alcoolice artificiale, cum sunt lichiorurile, vermutul, cu conţinut în alcool între 10 şi 40%. Se mai întrebuinţează alcoolul în industria medicamentoasă, pentru dezinfecţie, analiză în laborator, în preparatele cosmetice ca solvent. Atât băuturile cât şi restul preparatelor alcoolice conţin uneori o serie de alte substanţe toxice, cum sunt: alcooluri superioare, aldehide, cetone, uleiuri volatile, esteri, coloranţi etc, care se adaugă sau modifică oarecum acţiunea de bază a alcoolului.

Alcoolul pătrunde în organism prin aparatul digestiv şi se absoarbe în proporţie de 20% în stomac, iar restul de 80% în intestinul subţire.

Curba de alcool în sânge este influenţată de mai mulţi factori, ca concentraţia băuturii consumate, alimentaţia, activitatea musculară, vărsături, febră, starea de inconştienţă după traumatisme cranio-cerebrale, pierdere de sânge, influenţele psihice etc.

Cantitatea de alcool în organism în momentul recoltării este egală cu produsul dintre concentraţia găsită în sânge, greutatea corporală şi 0,70 (coeficientul de repartiţie).

Concentraţia de alcool în momentul accidentului este egală cu concentraţia în momentul recoltării, la care se adaugă produsul dintre timpul trecut de la accident înmulţit cu factorul beta (0,12-0,15). Calculul este valabil numai după cel puţin 90 de min. de la consumare.

Exprimarea în alcool a cantităţii totale de alcool din organism se face după formula: greutatea * 0,70 * concentraţia găsită în sânge, adunată cu produsul dintre timpul trecut între consumare şi recoltare şi factorul beta. Din această valoare reiese cantitatea băuturii consumate, împărţind valoarea de mai sus cu concentraţia băuturii, înmulţit cu 0,8 (raportul dintre volum şi greutate).

Fazele beţiei se împart în 3 perioade: stadiul de excitaţie, stadiul de ebrietate manifestă şi stadiul comatos. Simptomele sunt bine cunoscute. Există o tranziţie continuă de la starea de influenţare alcoolică a conştiinţei (care devine din ce în ce mai evidentă până la beţia propriu-zisă), caracterizată prin simptome somatice, nervoase şi psihice. În mod normal (betia obişnuită) este vorba de o diminuare a conştiinţei cu caracter de somnolenţă. Simptomele nervoase (ataxia) merg paralel cu cele psihice. Beţia se termină cu o letargie (somn), în cazuri grave cu o inconştienţă profundă (comă), în care pot să survină complicaţii mortale (paralizie cerebrală, asfixie, moarte prin răcire).

Spre deosebire de beţia obişnuită, există forme de aşa numită beţie patologică, în care se instalează rapid o stare de confuzie mintală, disproporţionată faţă de cantitatea de alcool consumată, lipsa capacităţii de orientare, uneori iluzii, halucinaţii, însoţite de ataxie, se pot comite acţiuni violente absurde, nejustificate.

Starea se termină cu un somn terminal însoţit de o amnezie ulterioară. Se consideră o confuzie mintală exogenă aceea care conferă iresponsabilitate. Şi celelalte forme grave care însoţesc alcoolismul cronic, cum sunt: delirium tremens, halucinoza alcoolică, paranoia alcoolică şi starea de demenţă alcoolică, conferă iresponsabilitate completă.

Pe scala Pelletier alcoolul are factor de dependenţă fizică 3, factor de dependenţa psihică 3 şi toleranţă 3; patru fiind cel mai ridicat factor iar 0 cel mai mic.

Legenda clasificării se prezintă astfel :

- 0 nulă
- 1 slabă
- 2 medie
- 3 puternică
- 4 foarte puternică.

Sindromul de sevraj la alcool cuprinde o serie de tulburări psihice grave, ce apar în condiţiile reducerii bruşte a consumului excesiv de alcool, la bolnavii cu dependenţă fizică faţă de alcool (nevoie biologică de alcool).

Se consideră că un consum de 100 de ml alcool de 40° (whisky) pe durată minimă de o lună este suficient pentru a produce sindromul de sevraj ("înţărcare").

Sindromul de sevraj apare la consumatorii cronici de etanol, la interval de 7- 48 ore-7 zile de la ultima ingestie.

Ingestia unei cantităţi mici de alcool şterge în câteva minute manifestările penibile psihopatologice. Alcoolicul este în stare de orice compromis moral sau material spre a obţine drogul de care este dependent.

Sevrajul etanolic se caracterizează prin:

- Anorexie, greaţă, nelinişte, indispoziţie generală şi tremur accentuat la degete;
- Insomnie vise terifiante, iritabilitate, impulsivitate;
- Tulburări vasomotorii : transpiraţii, tahicardie, H.T.A;
- Manifestările psihosomatice se atenuează şi dispar în 5-7 zile.

După intensitatea şi gravitatea simptomelor se descriu mai multe forme clinice de sevraj : Delirium Tremens, Delirul Parnoid Alcoolic, Halucinoza Alcoolică, Encefalopatia Gayet-Wernicke, Psihoza Polinevrotică alcoolică Korsakov, Demenţa Etanolică.

b) *Eterul* este întrebuinţat în industria medicamentoasă şi mai ales pentru narcoză. După unele statistici există un accident mortal la 15.000 de narcoze. Doza mortală este de 30-50 de grame per os inhalat, acţiunea eterului depinzând mult de sensibilitatea subiectului.

c) *Cloroformul* - accidentele narcozei cu cloroform au avut o frecvenţă de 1-3000 de cazuri. Ele depind de o supradozare sau de o sensibilitate crescută a subiectului (în special bolnavi cardiaci şi alcoolişti cronici).

Substanţele toxice prezentate anterior fac parte din grupa inebriantelor. Tot din această grupă mai fac parte benzenul, cloralul, produşii cetonici etc.

Se semnalizează în ultimul timp utilizarea largă a unor produse comerciale conţinând solvenţi (cleiuri sintetice, paste de lipit etc.) prin introducerea lor în pungi de plastic şi aspirarea vaporilor emanaţi, procedeu numit "gluare".

Solvenţii din aceste produse sunt de obicei benzenul şi omologii săi, solvenţi organo-cloruraţi şi, mai rar, produşi cetonici. Menţionăm câteva date despre acţiunea inebriantă a *benzenului*: prin acţiunea sa asupra S.N.C el provoacă acea formă de beţie benzenica manifestată printr-o stare

de agitaţie şi excitaţie urmată apoi de ameţeli, mers nesigur, euforie, hipertrofia amorului propriu, toate acestea ducând la imposibilitatea de a mai percepe şi sesiza primejdiile. În stările avansate de gluare se instalează narcoza benzenică cu manifestări convulsive, narcoză care duce la moarte prin paralizia vasomotorie şi respiratorie. Şi la acest mod de drogare se manifestă necesitatea imperioasă de drog şi tendinţa de creştere a dozelor.

Solvenţii volatili au factor de dependenţa fizică 1, dependenţa psihică 3 şi toleranţă 3, pe scala Pelletier.

d) *Opiul*[6] este sucul ce se formează prin incizia capsulelor verzi de Papaver Somniferum. Acest latex conţine numerosi alcaloizi ca morfina, papaverina etc.

Consumatorul are nevoie de linişte şi imobilitate în timpul fumatului, datorită efectelor de hiperacuitate precum şi a celor de fotofobie care fac ca încăperile în care se fumează să impună semiobscuritatea şi liniştea. Toxicomanii utilizează şi unele produse farmaceutice conţinând opiu (Elixirum Paregoricum, Laudanum Sydenhani, Tinctura Opii etc.) la care, la unele dintre acestea, efectului alcaloizilor de opiu li se adaugă şi cel al alcoolului din componenţa lor.

În faza de început consumul de opiu provoacă efecte dezagreabile (cefalee, ameţeli uneori vomă), dar aceste simptome iritative dispar repede, luându-le locul o senzaţie particulară de euforie, însoţită de o hiperactivitate cerebrală, cu exaltarea imaginaţiei, a ideaţiei, a elocinţei. Toxicomanul cade într-o stare de linişte odihnitoare, are nevoie de locuri lipsite de zgomot, în semiîntuneric. El se lasă pradă unor visări contemplative a căror varietate şi bogăţie sunt legate de gradul său de inteligenţă.

Repetarea folosirii opiului duce în timp la creşterea dozei, care are drept consecinţă o evidentă şi profundă degradare psihosomatică (facies palid, privire fixă cu miază, inapetenţă absolută, insomnie, coşmaruri); în această fază opiomanul cade în acea stare de "anestezie morală" manifestată prin lipsă de voinţă, indiferenţă, tendinţă la delincvenţă.

Pe scala Pelletier opiul are un factor de dependenţă fizică 4, dependenţă psihică 4 şi o toleranţa tot de 4 .

e) *Morfina*[7]. Toxicomania cu acest produs este tipic de origine terapeutică.

Drogarea cu morfină se face pe cale subcutanată, intramuscular (i.m) sau chiar intravenos (i.v). De aici şi tendinţa toxicomanului de a-şi procura soluţii injectabile de morfină sau substituenţi sintetici ai acesteia (dilauden, petidin etc.).

Simptomatologia în morfinomanie este asemănătoare cu aceea din opiomanie. Manifestările constau într-un stadiu iniţial, dintr-o stare de euforie, dispariţia durerilor, o hiperactivitate cerebrală calmă, neînsoţită de delir sau halucinaţie (perioadă numită "luna de miere" a morfinomanului).

În faza următoare consecutiv creşterii dozelor, toxicomanul sesizează starea sa psihică anormală devine anxios, are tendinţa de a se debarasa de drog, dar nu reuşeşte să o facă.

Apare astfel dependenţa la agentul de drogare care creează toxicomanului acea nevoie absolută de drog pe care caută să-l procure prin orice mijloace.

În acest stadiu apar paloare, constipaţie alternând cu diaree, anorexie, hepatomegalie, mioza, hipotensiune arterială etc; la aceste manifestări se adaugă tulburările psihice constând din neatenţie, deficit de memorie, alterare profundă morală, pierderea voinţei, lipsă de afectivitate, tendinţă la perversiuni sexuale.

Din punct de vedere al clasificarii Pelletier dependenţa psihică este foarte puternică (factor 4), cea fizică şi toleranţa având tot un factor 4.

În cazul morfinei sindromul de sevraj[8] se manifestă astfel:

- debutul simptomelor apare după aproximativ 8-12 ore de la ultima doză;

- lacrimare, transpiraţie, strănut, căscat;

- piloerecţie, tremur, iritabilitate, anorexie;

- midriază, crampe abdominale, vomă, spasme musculare involuntare (mioclonii);

f) *Heroina*[9] este folosită fie ca pudră care se prizează nazal, fie ca soluţii care se injectează subcutanat, intramuscular sau intravenos; această ultimă cale duce în timp la căutarea altor zone venoase, celelalte zone în care s-au făcut injectări sclerozându-se sau inflamându-se.

Manifestările în heroinomanie sunt în general comune cu cele ale morfinomaniei, dar este de reţinut că toxicitatea acestui alcaloid este de circa 5 ori mai mare decât cea a morfinei.

Durata de acţiune euforică a heroinei este mai scurtă decât cea a morfinei (2-3 ore faţă de 8-12 ore).

Pe piaţa ilicită heroina nu este oferită de obicei ca atare (diacetilmorfina cristalizată) ci ca pulbere diluată cu lactoză, bicarbonat, acid boric, pulbere care conţine cca 25% alcaloid.

O serie de produşi de sinteză (metadone, dolatine, dolosal etc.) au început să fie folosiţi în locul sau în paralel cu substanţele stupefiante naturale sau semisintetice, având în general efecte asemănătoare produşilor naturali.

Factorul de dependenţă fizică, psihică precum şi factorul toleranţei sunt foarte puternici (4).

g) *Cocaina*[10] ca atare este folosită prin prize nazale sau injecţii subcutanate, intramusculare sau intravenoase. Numărul consumatorilor de cocaină este în descreştere, dar el se măreşte când pe piaţă lipsesc drogurile preferate ale toxicomanilor. În ultimii ani a apărut pe piaţa ilicită a drogurilor un nou produs denumit "CRAK". Este vorba de o substanţă cu aspect cristalin-spongios, care se consumă ca atare sau se fumează; ea rezultă din prelucrarea cocainei prin alcalinizare cu bicarbonat sau amoniac. Produsul obţinut este considerat mai energic decât cocaina, lui i se atribuie ca acţiune principală eliberarea de dopamină.

Drogarea cu cocaină prezintă o stare iniţială denumită "beţie cocainică", "fericirea mişcării" în care apare o impresie de uşurinţă, de vigoare, de îndrăzneală, de rezistenţă, nevoie de mişcare, de activitate, subiectul are senzaţia de luciditate deosebită, uşurinţă în gândire. El devine întreprinzător, face proiecte, vorbeşte, gesticulează.

Faţa îi este animată, privirea vie, gesturile ferme şi dacă sunt examinate reflexele tendinoase în această fază se constată hiperreflexivitate. Urmează apoi o stare de iritare, timp în care subiectul nu rezistă dorinţelor, iritare care poate denatura în manifestări agresive. În acest timp drogatul prezintă o hiperexcitabilitate şi o hiperactivitate genitală, care vor dispare pe măsură ce starea de intoxicaţie progresează. Faza de beţie cocainică este însoţită de palpitaţii, dispnee, anorexie, tulburări senzoriale, vizuale şi auditive; apare o evidentă pierdere în greutate, "stigmatul cocainomaniei": perforarea septului nazal.

A doua fază cea de toxicomanie sau de halucinaţie este caracterizată prin apariţia halucinaţiilor, a delirului, a tulburărilor motorii. Halucinaţiile sunt tactile, vizuale, auditive uneori şi olfactive. Formele de delir pot căpată şi caracter agresiv.

În faza următoare apare caşexia sau decăderea care poate fi fizică, morală şi intelectuală, fază ce devine evidentă dupa 5-10 ani de folosire curentă a drogului. Moartea se instalează prin paralizia respiraţiei.

Cocaina are conform clasificarii Pelletier un factor de dependenţă fizică 0, de dependenţa psihică 4 şi un factor al toleranţei 4.

Simptomele sevrajului[11] în cazul cocainei sunt :

- aritmii cardiace; - convulsii generalizate;

- paralizii respiratorii; - coma, deces.

i) *Amfetamine* - consumul de amfetamine este foarte răspândit în lumea toxicomanilor. Clorhidratul de metamfetamina, cunoscut sub numele de "ice" (gheaţă), este foarte mult folosit de şoferi, studenţi şi cei care lucrează în show-business.

Folosirea anorexigenelor (de tipul amfetaminei), asociată cu sedative ale sistemului nervos central, poate fi extrem de periculoasă.

Intoxicaţia cu amfetamine se manifestă prin: delir de persecuţie, halucinaţii, anorexie cu pierdere în greutate până la caşexie, aritmie cardiacă, hiper sau hipotensiune (colaps), convulsii, comă.

j) *L.S.D, Psilocybina, Mescalina* ca halucinogene determină următoarele simptome :

- midriaza, tahicardie, transpiraţii;

- halucinaţii vizuale, depersonalizare;

- tulburări de gândire, în final demenţiere.

În toxicomania cu substanţe halucinogene se întâlneşte recurenţa simptomelor halucinator delirante, după o perioadă de abstinenţă ("flashbaks"), provocând o mare anxietate.

Folosirea drogurilor în general în cursul sarcinii, este dezastruoasă, determinând :

a) risc crescut de malnutriţie, hepatită (de tip B sau C) şi infecţie cu HIV.

b) hipertensiune arterială;

c) prezentaţii distolice, metroragii de ultim trimestru.

d) complicaţii neonatale;

e) risc crescut pentru prematuritate şi malformaţii congenitale;

f) agitaţie, distrofii, convulsii;

S-au semnalat cazuri de sindrom de sevraj la copii nou-născuţi.

Tratamentul toxicomanilor este extrem de dificil, pe de o parte datorită sindromului de sevraj ce apare şi pe de altă parte datorită dependenţei fizice şi/sau psihice resimţită faţă de drog.

Ca schemă tratamentul medical al toxicomaului începe cu inducerea unui sevraj progresiv prin administrarea unei jumătăţi din doza declarată de pacient reducându-se apoi treptat. Se asociază de asemenea tranchilizante, sedative şi vitamine. Se corectează deficitele metabolice şi se tratează afecţiunile somatice asociate. Se supraveghează pacientul şi vizitatorii pentru a nu aduce stupefiante.

În continuare voi mai prezenta două substanţe toxice ce afectează S.N.C (atropina şi nicotina).

q) *Atropina*[12] este de tipul alcaloizilor din familia plantelor Solanacee, din care fac parte: Attropa Balladona (mătrăguna), Datura Stramonium (ciumăfaia) şi Hyosciamus Niger (măselariţa). 1-2 centigrame de atropină sunt toxice, 0,05-0,10 grame mortale, 5-6 bucati de fructe de mătrăguna pot provoca moartea unui copil, 20-30 a unui adult.

Simptomele sunt: uscăciunea gurii, hiperemia pielii, pulsul frecvent, dilatarea pupilelor, starea de excitaţie, delir.

k) *Nicotina* este principiul activ al plantei Nicotiana Tabacum. Este una din cele mai puternice substanţe toxice, 3-4 picaturi de nicotină pură (50-60 de miligrame) fiind mortale.

Consideraţii generale cu privire la Autopsie*

Examinarea externă în cazuri de consum oral de droguri este în general sortită eşecului în afară de situaţia în care reziduuri de medicamente (droguri) sunt observate în cavitatea bucală sau pe mâini, cicatrici, multiple sau singulare, prezente pe gât sau la încheieturile mâinilor sugerează tentative anterioare de suicid şi ulterior o supra-doză sinucigaşă de drog.

Urme de muşcături (contuzii, răni) prezente pe limbă şi buza inferioară trebuiesc cercetate în mod special deoarece acestea însoţesc în mod frecvent perioada de convulsii terminală datorată consumului de cocaină sau a toxicităţii tricyclice antidepresive.

Prevalarea cocainei necesită o inspectare atentă a septului nazal pentru a detecta inflamarea, necrozarea sau perforarea datorită aspirarii hidroclorurii de cocaină.

Stigmatele consumului de droguri injectabile reprezintă identificarea locurilor de injectare noi sau vechi. Câteodată aceste "urme" nu sunt evidente dacă şi consumatorul îşi ia măsurile necesare pentru ascunderea acestor urme, prin folosirea, spre exemplu, a unor ace de calibru foarte mic, prin schimbarea frecventă a locurilor de injectare şi prin injectarea în zone ce în mod normal sunt acoperite cu articole vestimentare. Această situaţie survine în special printre cei care lucreează în domeniul sanitar sau în alte domenii unde inspecţiile sunt frecvente (Ex: Poliţie, Personal Militar). Aceşti consumatori îşi pot injecta drogul în picior sau gleznă, sub o bandă de ceas, în zona axilară sau chiar direct prin peretele abdominal în cavitatea peritonală.

De obicei urmele injecţiilor recente apar ca un punct cutanat. În cazul injectării de cocaină, înţepătura acului poate fi înconjurată de o puternică echimoză. Consumatorii ce-şi injectează cocaină pot să nu aibă deloc cicatrici, chiar după injectarea drogului timp de mai mulţi ani.

Injectarea intravenoasă repetată de stupefiante, lasă în general zone sau cicatrici hipopigmentate sau hiperpigmentate, care în limbajul de specialitate se mai numesc şi "tracks". Acestea apar deoarece toxicomanii amestecă în mod frecvent heroina injectabilă cu substanţe ce conţin amidon (bicarbonat de sodiu) şi/sau talc.

În interior unele droguri cum sunt alcoolul, ethchloreynol, pot răspândi un miros caracteristic iar unele medicamente conţin substanţe care colorează calea gastrointestinală în roşu, verde sau albastru.

Pentru alcătuirea unei evaluari toxicologice, mostre din următoarele locuri sunt recomandate: sânge din artera femurală, sânge din aortă şi plămâni, secţiuni din bilă, ficat, encefal precum şi conţinut gastric.

Tot cu privire la aspectele medicale trebuie să menţionăm că, în România Institutul de Igiena şi Sănătate Publică, Serviciile de Sănătate şi Conducere precum şi Centrul Naţional de Promovare a Sănătăţii şi Educaţiei pentru Sănătate, a elaborat un Program Naţional de Prevenire şi Reducere a Cererii de Droguri.

Obiectivele generale ale acestui program sunt:

*** Traducere din Drug Abuse Hand-Book, 1998, Editura Press LLC, Doctor specialist (autor) Steven.B. Karch pag. 661.**

- prevenirea şi reducerea cererii pentru consumul ocazional de droguri ilegale;

- scăderea consumului abuziv şi inadecvat de droguri care au drept consecinţă dependenţa de droguri;

- sprijinirea activităţilor de prevenţie, terapie şi reechilibrare.

Responsabilităţile celor două instituţii I.I.S.P.S.S.C şi a C.N.P.S.E.S sunt următoarele:

I. Asistenţa tehnică;

II. Pregătirea personalului implicat în activităţile de educaţie pentru sănătate şi formare;

III. Cercetare epidemiologică.

De asemenea in cadrul "Programului pentru prevenirea traficului ilicit si a abuzului de droguri in Romania", alcatuit de Fundatia Antidrog din Romania FADROM, se propun urmatoarele masuri necesare pentru limitarea daca nu stoparea acestui fenomen :

- ✓ La nivel judetean si la nivelul Municipiului Bucuresti se vor crea "comisii pentru prevenirea si combaterea traficului ilicit si consumului de droguri", din care sa faca parte factori resposabili din administratia de stat, pariti si alte persoane interesate;
- ✓ Difuzarea informatiilor legate de fenomenul toxicomaniei si traficului ilicit de droguri, precum si efectuarea unei prepagande energice si atente in randul tuturor categoriilor de cetateni, in scopul crearii unei opinii de masa favorabile activitatilor de contracarare a tendintelor fenomenului creat de droguri;
- ✓ In cadrul unitatilor de invatamnt superior care pregatesc medici, farmacisti, juristi, psihologi, sociologi, cadre didactice, etc., vor fi pregatiti viitorii specialisti in lupta impotriva acestui flagel, pentru ca la momentul oprtun, sa fie in masura sa se implice direct si sa desfasoare activitati coerente in materie.in penitenciare si scoli speciale de reeducare a minorilor, se vor lua masuri adecvate pentru disocierea de drog a elementelor incarcerate;
- ✓ Coordonarea strategiei si mijloacelor logistice intre serviciile chemate sa contribuie nemijlocit la lupte antidrog (vama, politie, justitie);
- ✓ Intarirea dispozitivelor de control la frontierele de stat pentru impiedicarea introducerii ori tranzitarii drogurilor in si prin tara noastra, aliniindu-ne in acest sens, la politica regionala si europeana;
- ✓ Dezvoltarea si modernizarea mijloacelor tehnico-materiale ale serviciilor insarcinate cu descoperirea si reprimarea traficului de droguri la nivel national;
- ✓ Intarirea controlului asupra incarcaturilor comerciale transportate pe cale terestra, aeriana sau navala, o atentie deosebita acordandu-se marfurilor transportate in containere ori cu autotrenuri TIR;
- ✓ Controlarea atenta a productiei interne a procesului de fabrcatie, pastrarii, prescrieii si administrarii medicamentelor cu continut stupefiant si psihotrop, a substantelor chimice esentiale, precum si a precursorilor, pentru a impiedica deturnarea tuturor acestora din circuitul legal si utilizarea lor in late scopuri;
- ✓ Ca un ultm deziderat as mai adauga marirea potentialului informativ-operativ prin plasarea "colaboratorilor si a investigatorilor sub acoperire", in ocuri strategice astfel incat

calitatea si mai putin cantitatea informatiilor cu relevanta in domeniul traficului de droguri sa duca la demascarea si tragerea la raspundere penala a capilor retelelor de traficanti.

Secţiunea 5 – Aspecte criminologice şi criminalistice

Criminologia[13] este ştiinţă care studiază factorii şi dinamica actului criminal, precum şi reacţia socială faţă de aceasta, în scopul prevenirii criminalităţii, umanizării sistemului de represiune şi reintegrării sociale a delincvenţilor.

Prin adaptarea teoriei crimei lui Aristotel la tema lucrării de faţă putem afirma că faptuitorul va comite infracţiunea atunci când, cântărind între plăcere şi durere o va alege pe prima, ori de câte ori nu va risca să fie pedepsit sau pedeapsa este inferioară avantajelor (plăcerilor) pe care crima le aduce.

După cum am aratat la începutul lucrării stupefiantele au parcurs un drum lung în istoria omenirii pierzându-şi originea în negura timpului. Nu însă acelasi lucru s-a întâmplat şi cu revoluţia şi răspândirea galopantă a drogurilor.

Astfel aceasta este legată direct de fenomenul hippie[14] care a izbucnit la jumatatea anilor 60' în cartierul Haight-Ashbury, din San-Francisco (devenit curând un fel de Mecca şi numit pe scurt "Hashbury"). Fenomenul se răspândeşte fulgerator în lume, prin imitaţie, dar şi în semn de protest. Cuvântul "hip" s-ar traduce prin "wise" adică iniţiat. Un psiholog american pe nume Thimoty Leary, promotor al L.S.D-ului el însuşi toxicoman devine un fel de "papa hippie" din momentul în care propune adepţilor săi o adevarată mistică "psihedelică" fondată pe transe artificiale. Un întreg glosar de termeni specifici se răspândeşte în lume o dată cu această "contracultură" a nemulţumirilor şi a drogurilor.

Un "freak" este un drogat cu amfetamine; "Grass" este marijuana; "joint", ţigareta de marijuana; "kif", haşiş; "pot", haşiş sau marijuana; "speed", viteză, se referă la amfetaminele care produc o supraactvitate etc.

La răspândirea grupurilor hippies lumea a reacţionat relativ repede. Inadaptaţii sociali au însă motivele lor care încep să fie analizate: "Tineretul post-modern este departe de a aproba toate aspectele tehnologice ale lumii moderne" – scria profesorul Keneth Keniston. "Dezumanizarea vieţii, căutarea profitului, ambiţia şi nepotismul, birocratizarea şi organizarea complexă a naţiunilor foarte industrializate – toate îi par intolerabile acestui tineret care se străduie să inventeze noi forme de acţiune şi de asociere pentru a lupta împotriva tehnologiei". Dar o revoltă împotriva tehnologiei nu este evident posibilă. Nemulţumirile sociale culminează cu revoltele tinerilor din anii 68'-70', în diferite ţări ale Occidentului, reprimate în mare măsură cu brutalitate, ca în Statele Unite unde tinerii se împotriveau împotriva războiului din Vietnam. După acei ani fenomenul hippie a intrat în desuetudine. Au ramas în schimb unele din aspectele nocive aduse în prim-plan; între acestea consumul de droguri care avea să crească an de an, să cuprindă categorii tot mai largi ale populaţiei, să se diversifice, aşa cum se diversificau substanţele halucinogene şi căile prin care erau obţinute.

Droguri mereu mai puternice invadează piaţa la sfârşitul anilor 60' "Tribune de Geneve" îşi intitula un amplu serial "Occidentul bonav de stupefiante".

În urmă cu 15-20 de ani se mai ridicau voci în apărarea consumului de droguri, în numele unei libertăţi greşit înţelese. Acum există o cvasiunanimitate în a considera consumul de droguri "un flagel social". S-a ajuns, după opinia lui Eric Conan – într-un număr consacrat Drogului şi Societăţii de către revista "Esprit" – "la gradul zero al banalizării". Morbul trece de la o ţara la alta, nu cunoaşte frontiere, infestează continentele. "Nu cu mult timp în urmă, abuzul de

heroină era o calamitate tipic americană – constata cândva revista "Newsweek". Astăzi această tragedie şi-a găsit cămin şi în Europa.

Dar cea mai apăsătoare întrebare cu multiple conotaţii criminologice şi psihojudiciare este "De ce folosesc oamenii drogurile?"[15] Tolstoi însuşi şi-a pus aceasta întrebare intrigat fiind. Negăsind altă explicaţie marele scriitor rus răspundea: "Pentru că vor să-şi înăbuşe conştiinţa, să altereze sensul răspunderii lor". Răspunsul la această întrebare nu este însă chiar atât de simplu. Motivele pentru care oamenii se îndreaptă către narcotice sunt dintre cele mai diverse[16]. Uneori începutul poate fi făcut prin prescrierea în scopuri terapeutice a unui somnifer sau a unei substanţe psihotrope. Dar, pentru majoritatea toxicomanilor, la început a fost vorba de căutarea unei plăceri sau de dorinţa de a se identifica cu un grup în care drogul era ridicat la rang de zeu. Presiunea grupului, curiozitatea, ignoranţa, alienarea, modificarea structurilor sociale, urbanizarea şi somajul sunt tot atâţia factori care pot declanşa consumul de droguri. Fiinţa umană este fragilă, faptul fiind cunoscut din zorii istoriei noastre. Pentru un individ care se simte izolat în familie, într-un grup sau în comunitate, drogul poate constitui un refugiu, temporar şi tragic.

Dacă se modifică structurile sociale care au constituit sprijinul unor membrii ai societăţii, unii din ei vor fi incapabili să se adapteze şi vor căuta un liman fie şi în droguri.

Exodul către lumea oraşelor, în căutarea unei vieţi mai bune şi mai uşoare sfârşeşte uneori în fărădelegea drogurilor.

Lipsa unui loc de munca, lipsa unei educaţii adecvate, distrugerea celulei familiale sau diverse probleme personale pot împinge o fiinţă spre consumul de droguri. Lumea interlopă cu strălucirea ei înşelătoare (automobile luxoase, putere financiară, sfidarea autorităţilor şi a legilor) constituie un exemplu. Cel incapabil să adapteze lumea reală la aspiraţiile sale îşi creează, drogându-se o lume de vis, în care speră să-şi împlinească destinul. Euforia, efectul "agreabil" al drogurilor corespund unei prime etape. Dar când drogul continuă să fie luat, plăcerea scade şi individul va fi constrâns să consume doze din ce în ce mai mari, în speranţa obţinerii aceluiaşi efect. Este începutul toleranţei. Administrarea repetată şi regulată de droguri, adaptează organismul atât de bine încât privarea drog devine o suferinţă, cu simptome dureroase, grave, uneori mortale. Aceasta este dependenţa fizică de narcotice. Individul va decadea, va încerca cu orice preţ să facă rost de dozele necesare, va fi capabil să săvârşească fărădelegi de orice fel, devenind o jucărie în mâinile traficanţilor şi sfârşind adesea după degradarea totală la morgă; sau într-un caz fericit va fi primit sau trimis într-un centru de tratament şi reeducare unde refacerea şi desprinderea de stupefiante sunt nu numai foarte costisitoare dar şi extrem de îndelungate.

Firesc, fenomenul nu a apărut peste noapte. Multe din drogurile care înspăimântă astăzi lumea sunt cunoscute de foarte multă vreme. Dar consumul lor era limitat la mici comunităţi, în cadrul unui anumit perimetru geografic sau cultural.

O dată cu dezvoltarea comerţului şi a comunicaţiilor, drogurile şi utilizarea lor s-au răspândit depăşind lesne, frontierele. Uneori s-au comis regretabile erori din aceeaşi sete de profit care, în deceniile din urmă a alimentat traficul de stupefiante: la mijlocul secolului al XIX-lea "războaiele opiului" vizau să deschidă pieţele chineze în faţa opiului provenit din India stăpânită de englezi.

Părerea generală[17] a fost că toţi dependenţii de droguri ar trebui închişi dar realitatea este că închiderea unui dependent de droguri nu va rezolva problema. Consumatorii de droguri au comis o crimă, dar dezintoxicarea tratamentul şi reabilitarea individului sunt esenţiale pentru ca el să trăiască fără droguri. Aceasta include răspunsul la nevoile medicale imediate şi acute,

continuarea tratamentului medical, sprijinul pentru a-i înlesni celui în cauză să trăiască într-un mediu diferit. Pe de altă parte spaţiul închisorilor este limitat în multe ţări (inclusiv România) fiind utilizat pentru detenţia altor delincvenţi. A trimite un dependent de droguri la închisoare nu contribuie la vindecarea bolii şi odată eliberat, acesta se va întoarce la stilul de viaţa anterior. De aceea şi în România consumatorul de droguri este sancţionat conform Hotărârii de Guvern nr.75/1991 publicată în Monitorul Oficial nr. 20 din 28-01-1991, art. 1 lit.p, cu amendă contravenţională ("Constituie contravenţie la normele privind regimul produselor şi substanţelor stupefiante următoarele fapte, dacă nu au fost săvârşite în astfel de condiţii încât potrivit legii penale să fie considerate infracţiuni: (p) autoadministrarea de produse sau substanţe stupefiante fără indicaţie medicală.").

Criminalistica sau "ştiinţă contra crimei", cum a mai fost denumită ne apare ca o ştiinţă complexă care utilizează şi adaptează datele şi metodele de analiză proprii altor discipline, cum ar fi fizică, chimia şi biologia pentru cercetarea probelor materiale, psihologia şi psihiatria pentru audieri şi verificarea credibilităţii declaraţiilor, matematica şi statistica pentru calculele de probabilitate etc.

Criminalistica are ca termen universal recunoscut cuvântul FORENSIC. Ştiinţele forensic[18] se definesc ca ansamblul principiilor ştiinţifice şi al metodelor tehnice aplicabile investigării infracţiunilor comise, pentru a proba existenţa faptei ilicite, identitatea autorului şi modul său de a opera.

Într-un alt sens mai larg şi mai complet[19] "Criminalistica este o ştiinţă judiciară cu caracter autonom şi unitar, care însumează un ansamblu de cunoştinţe despre metodele, mijloacele tehnice şi procedeele tactice, destinate descoperirii, cercetării infracţiunilor, indentificării persoanelor implicate în săvârşirea infracţiunilor, şi prevenirii faptelor antisociale."

În cadrul metodelor ce se aplică pentru limitarea şi înlăturarea traficului de stupefiante există la nivel naţional câteva institutii care desfăşoară aceste activităţi. Dintre acestea cea mai importantă instituţie şi coordonatoarea celorlalte instituţii este Ministerul de Interne. Astfel Ministerul de Interne desfăşoară activităţi pentru cunoaştera, combaterea şi prevenirea acestui flagel prin:

- Inspectoratul General al Poliţiei, ce are în structura sa următoarele componente:
  - Brigada de Combatere a Crimei Organizate şi Corupţiei – Punctul focal care dispune de un Serviciu Antidrog, precum şi de ofiţeri specializaţi în cele 41 de formaţiuni similare din teritoriu, cu atribuţii atât pentru combaterea traficului ilicit de droguri cât şi pentru prevenirea micului trafic şi consumului de droguri;
  - Direcţia Arme, Explozivi, Substanţe toxice, cu sarcini de coordonare la nivel central a acţiunilor de asigurare a respectării circuitului legal al stupefiantelor, psihotropelor, substanţelor chimice esenţiale şi precursorilor;
  - Serviciul de Prevenire ce are în componenţă ofiţeri specializaţi în desfăşurarea de acţiuni preventive pentru combaterea criminalităţii, care coordonează activitatea cadrelor de profil din unităţile judeţene de Poliţie.
- Direcţia Generală a Poliţiei de Frontieră, Evidenţă Străini, Probleme de Migrări şi Paşapoarte, care întocmeşte acte de constatare în cazurile de depistare a unor fapte penale în punctele de frontieră.

Alte instituţii participante la acest proces sunt Ministerul Finanţelor, Ministerul Sănătăţii, Ministerul Public şi Ministerul Justiţiei.

La 12 iulie 1999 s-a înfiinţat prin Hotărârea de Guvern nr.534 publicată în Monitorul Oficial nr.329 Comitetul Interministerial de Luptă Împotriva Drogurilor realizându-se astfel coordonarea unitară între organismele arătate mai sus.

Misiunea Comitetului Interministerial este:

1. De a facilita şi de a eficientiza comunicarea şi colaborarea dintre Ministerul de Interne, pe de o parte, şi alte autorităţi ale administraţiei publice centrale şi locale, pe de altă parte, precum şi de a fundamenta ordinele sau după caz deciziile acestora privind măsurile adoptate şi acţiunile corelate, întreprinse împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri.
2. Comitetul Interministerial stabileşte concepţia de ansamblu şi asigură coordonarea unitară de către Guvern, pe baza unui program naţional a luptei împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri desfăşurat de către autorităţile prevăzute de alin.1, de alte instituţii ale statului şi de organizaţii neguvernamentale, centralizează şi monitorizează rezultatele cooperării dintre instituţiile abilitate şi partenerii externi, care au atribuţii în acest domeniu.

În România au apărut pe lângă organizaţiile guvernamentale şi O.N.G-urile (organizaţiile non-guvernamentale), organizaţiile pentru tineret care militează prin mijloace specifice pentru sensibilizarea comunităţii faţă de pericolul reprezentat de consumul de droguri.

Dintre aceste organizaţii menţionez: A.R.L.I.D (Asociaţia Româna de Luptă Împotriva Drogurilor), DELTA (Asociaţia de Luptă Împotriva Drogurilor), A.N.I.T (Asociaţia Naţională de Intervenţii în Toximanii), A.R.A.S (Asociaţia Română Anti-SIDA) etc.

Dezvoltarea unor programe şi dotări specifice s-a realizat şi prin contribuţii şi ajutoare externe[20] care au compensat bugetul alocat, cum sunt: Programul PHARE de Luptă Împotriva Drogurilor, finanţat de Comisia Europeana; Activităţile Grupului Pompidou sub egida Consiliului Europei; Programul Naţiunilor Unite pentru Controlul Internaţional al Drogurilor; Programul Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare (USAID); Programul RILO al Organizaţiei Mondiale a Vămilor.

Cu privire la *modalităţile de utilizare şi caracteristicile consumatorilor români* este relevant studiul "Consumatorii de droguri internaţi; repere psiho-comportamentale", realizat de Centrul de Studii şi Cercetări pentru Probleme de Tineret, care a evidenţiat următoarele:

"Drogul consumat de subiecţi este heroina, în doze variind între 1 si 4 gr./zi cu o medie de 2 gr. Ocazional au consumat marijuana, haşiş, cocaina sau combinaţii de droguri, alcool şi medicamente (ex: Vodcă cu Diazepam sau cu Romparkin).

Subiecţii se droghează, perioade variind între 4 luni şi 7 ani, media duratei consumului de droguri fiind pentru lotul studiat de 2 ani şi 3 luni.

Consumul de droguri se face în majoritatea cazurilor (peste 80%) în cadrul anturajului (grupurile de cartier, discoteci, etc.). El este însă prezent cu o pondere mai mică (25%) în cadrul liceelor de elită bucureştene (Lazăr, Şincai, Caragiale etc), frecventate de copii proveniţi din familii cu poziţii sociale şi posibilităţi materiale foarte bune.

Motivaţia iniţială este curiozitatea 75% susţinută de o puternică dorinţă de afirmare personală şi integrare în microgrup ("…Am văzut la ceilalţi. Nu ştiam ce e. Eram curios, am vrut şi eu"). Curiozitatea este, după cum bine se observă, legată de un alt factor principal responsabil de

creşterea toxicomaniei în ţara noastră şi anume lipsa unei informări corecte şi complete asupra drogurilor şi a efectelor acestora (75%). Există însă şi cazuri (25%) în care deşi subiecţi erau pe deplin conştienţi de efectele drogurilor şi riscul existent au optat pentru drog ca o soluţie ocazională la care ulterior urmau să renunţe dovedind o nejustificată încredere în sine ("credeam că pot să mă las când vreau, că nu e nici o problemă").

Din analiza cazurilor instrumentate şi a datelor deţinute de instituţiile implicate în combaterea traficului ilicit de droguri, au fost scoase în evidenţă în principal următoarele trăsături:

Dintr-o ţara eminamente de tranzitare a drogurilor dinspre ţările producatoare spre cele destinatare, România s-a transformat şi într-o ţară de depozitare a unor astfel de substanţe, în special cele clasice: cannabis, opiacee, cocaină si intr-o tara consumatoare.

Astfel, drogurile intră în România pe diferite căi (terestră, maritimă sau aeriană), rămân pe teritoriul ţării noastre mai mici sau mai mari perioade de timp şi apoi sunt dirijate către state din Europa de Vest şi Centrală sau spre alte continente.

a) Traficul ilicit de droguri a cunoscut după 1989 o evoluţie continuă. Dacă în perioada 1970-1989 deci 20 de ani, au fost descoperite 187 de cazuri, ridicându-se în total la 456, 903 Kg de droguri, în cei 8 ani care s-au scurs de la Revoluţie, deci până în 1997 au fost decoperite 480 de cazuri şi au fost ridicate în vederea confiscării peste 20 de tone de droguri (sporul fiind de 4000%).

b) Creşte numărul persoanelor implicate într-un caz de trafic ilicit de droguri. Astfel, dacă în cei 20 ani anteriori lui 1989, în cele 187 cazuri au fost implicate 195 de persoane, în cele 480 rezultă circa 2 pe caz. Aceste fapte ne demonstrează că se dezvoltă traficul organizat în reţele.

c) Românii sunt atraşi din ce în ce mai mult în reţelele de trafic ilicit de droguri. Dacă în perioada 1970-1989 din cele 195 de persoane implicate, doar 17 erau de cetăţenie română, în următorii 8 ani, din 733 persoane implicate , 270 au cetăţenie română.

Majoritatea românilor sunt folosiţi ca pioni de sacrificiu (curieri sau depozitari), însă au fost şi câteva cazuri în care organizatorii reţelelor au fost români, în special cu dublă cetăţenie care au plecat din ţară înainte de 1989, au fost implicaţi în traficul de droguri pe teritoriul altor state şi s-au întors în România pentru a-şi organiza propriile afaceri cu asemenea substanţe.

d) Drogurile intră în România în principal prin frontiera de sud, pe cale terestră sau maritimă şi prin Bucureşti, pe cale aeriană şi ies prin judeţele din vest.

e) Bucureştiul continuă să rămână pe primul loc în ceea ce priveşte numărul de cazuri descoperite.

f) Cannabisul este drogul care ocupă primul loc în ceea ce priveşte cantitatea confiscată (peste 19 tone), urmat de cocaină (934 Kg), heroină (peste 880 Kg) şi opiu (circa 42 de Kg).

Dacă ne referim însă la numărul cazurilor descoperite, pe primul loc se afla heroina (135 de cazuri), urmată de cannabis (97), opiu (27), cocaina (19) şi medicamente cu conţinut stupefiant (10). Pe ultimul loc se află L.S.D-ul şi amfetaminele (3 cazuri).

g) Încep să-şi facă apariţia în ţara noastră şi drogurile sintetice, care intră prin frontiera din vest dinspre Europa Occidentală, lucru demonstrat şi de cele 11.722 de comprimate de amfetamină, L.S.D şi M.D.M.A

h) Cele câteva culturi de cannabis descoperite erau de dimensiuni reduse şi erau destinate în special consumului propriu şi al persoanelor din anturaj.

i) Având în vedere puterea industriei chimice, va trebui să ne aşteptăm atât la încercarea de a se produce droguri sintetice cât şi la apariţia unor laboratoare clandestine de producere a drogurilor.

Din activitatea desfăşurată de organele de Poliţie pe linia controlului pieţei ilicite de droguri s-au identificat următoarele zone, locuri, medii, folosite de distribuitori şi consumatori:

- Zonele campusurilor universitare (zona Grozăveşti-Bucureşti este cea mai cunoscută pentru distribuire, loc în care acţionează îndeosebi cetăţeni iranieni, cei mai activi în micul trafic);

- Zonele marilor complexe en-gros - locuri în care s-a transferat activitatea de distribuire din zona Grozăveşti;

- Baruri şi discoteci aparţinând comunităţii greceşti;

- Baruri şi discoteci din apropierea sau incinta complexelor studenţeşti;

- Săli de jocuri mecanice sau biliard;

- În concentrările de ţigani (cartiere, străzi);

- Hoteluri;

-Apartamentele sau locuinţele închiriate, proprietatea cetăţenilor străini;

- Locuinţele în care au rămas copiii unor familii destrămate sau care prin forţa împrejurărilor i-au lasat fără supraveghere (ex. Părinţii s-au mutat în zona rurală, ori copiii sunt studenţi sau elevi iar părinţii locuiesc în afara oraşului);

- Restaurante şi baruri aparţinând grupărilor etnice iraniene, turce sau ale ţiganilor;

- Scările blocurilor, casa liftului subsoluri, toalete;

- În apropierea liceelor şi şcolilor sau în incinta acestora;

- În locurile de plasare sau găzduire a prostituatelor;

- În parcările autovehiculelor străine;

- În locuinţele consumatorilor sau distribuitorilor de droguri ori în imediata apropiere;

- În parcuri şi grădini publice;

- În sălile de spectacole sau în aer liber, îndeosebi cu ocazia organizării de concerte sau festivaluri muzicale ori alte manifestări care concentrează un mare număr de tineri;

- În grupările de tineri, aşa zisele "găşti" de cartier, stradă sau bloc;

- În cadrul grupărilor de infractori;

- În cercurile artistice (actori, muzicieni, plasticieni).

În privinţa preţurilor, datele culese în 1998 au relevat faptul că o doză de heroină de 0,3 grame se vindea cu aproximativ 200.000 lei, o ţigare cu haşiş era valorificată la 10.000-15.000 lei.

Mai grav este că dozele oferite spre consum sunt contrafăcute prin amestec cu diferite substanţe provenite din medicamente.

Se simte tot mai acut nevoia din punct de vedere al cercetării penale, în România, de un instrument legal care să permită unei reţele de droguri să-şi continue activitatea sub supravegherea poliţiei pentru a duce la descoperirea de terţe persoane implicate în actul criminal în special a capilor reţelelor de traficanţi.

Elemente generale care trebuie stabilite prin anchetarea infracțiunilor de trafic de stupefiante[21]

Investigarea criminalistică respectiv ancheta penală în faptele menționate trebuie, ca și în cazul altor infracțiuni, să stabilească elementele constitutive ale infracțiunii interesând, în afara stabilirii obiectului și subiectului infracțiunii, determinarea modalităților de comitere a faptei și circumscrierea lor în modalitățile prevăzute de art. 312 Cod Penal.

- traficul propriu-zis: producerea, deținerea și circulația produselor sau substanțelor toxice sau stupefiante;

- înlesnirea traficului: concretizat în cultivarea de plante ce conțin astfel de substanțe și experimentarea acestora;

- favorizarea traficului: prin prescripții medicale fără acoperire, organizarea ori îngăduirea consumului de droguri.

Moduri și sisteme de operare folosite de traficanții de droguri

Modalități de ascundere

1) Metode de ambalare sau disimulare în vederea traficării.

Pentru traficarea stupefiantelor se apelează la metode diversificate de ascundere și transportare a drogurilor, urmărindu-se firește, sustragerea de la depistarea de către autoritățile vamale sau judiciare. Potrivit datelor oferite de către O.I.P.C – INTERPOL, dintre modalitățile de mascare sau ascundere și metodele propriu-zise de traficare ilicită a stupefiantelor cele mai frecvente sunt următoarele :

a) Fabricarea pe cale industrială a mijloacelor de ascundere a drogurilor, prin folosirea mașinilor, cutiilor și etichetelor unor linii tehnologice de la fabricile de conserve, folosind în acest scop complicitatea unor persoane din astfel de întreprinderi. Operațiunea constă în înlocuirea produselor alimentare cu stupefiante.

b) Confecționarea pe cale artizanală a mijloacelor de ascundere, prin achiziționarea de mașini și materiale de bază cum sunt: capace, cutii goale, etichete, noi sau dezlipite de pe cutii pline, cu dimensiuni corespunzătoare. În aceste mijloace confecționate în mod artizanal se ascund drogurile ce urmează a fi transportate. Mijloacele de ascundere fabricate artizanal trebuie să respecte caracteristicile celor fabricate industrial.

c) Înlocuirea produsului finit din cutiile de conserve, efectuată în mai multe modalități :

▼ Deschiderea normală a cutiei, eticheta fiind dezlipită, cutia desfăcută, apoi golită de conținut, curățată și tăiată transversal pe dedesubtul sulului care marchează sertisajul fabricii. După introducerea drogului este relipită eticheta. La sfârșitul acestor operațiuni înălțimea cutiei va fi mai mică cu câțiva milimetrii.

▼ Deschiderea cutiei prin efectuarea unor orificii în pereții laterali ai acesteia, după îndepărtarea etichetei. După golire se introduce drogul, decupajele sunt cositorite și bine ajustate, iar în final se lipește eticheta.

▼ Tăierea transversală a cutiei și confecționarea unui capac veritabil. După dezlipirea etichetei, cutia este tăiată transversal la aproximativ 13 mm de marginea superioară, iar în interior se sudează o bandă metalică, astfel încât aceasta să depășească partea superioară cu aproximativ 1 mm. Drogul este introdus în partea inferioară a cutiei, iar capacul este ambalat

deasupra, la nivelul tăieturii circulare şi lipit cu ajutorul unei benzi adezive, după care se lipeşte eticheta. Se poate astfel transporta orice fel de drog, în stare solidă sau lichidă, fără să degaje miros.

d) Îmbibarea ţesăturilor cu stupefiante pentru transportul cocainei. Metoda constă din dizolvarea acesteia în alcool pur. Se îmbibă apoi ţesătura de bumbac - de regulă lenjerie, batiste - cu acest amestec care a fost în prealabil filtrat. După uscarea ţesături, aceasta poate fi transportată fără a atrage atenţia. În circa 140 de batiste poate fi ascuns circa un kilogram de cocainã.

e) Folosirea sistemului poştal, în special prin ascunderea în scrisori sau în obiectele din colete. De exemplu :

● Ascunderea stupefiantelor în scrisori. Astfel în anul 1984, în Franţa, vameşii împreună cu Biroul Central de Lupta Împotriva Stupefiantelor şi cu Brigada de Stupefiante de la Pris, au dezmembrat o filieră originală: serviciul poştal. Căutând heroină, vameşii au descoperit la domiciliul mai multor "dealers" plicuri venite din Sri Lanka. Un vameş a avut ideea de a controla, la intrarea în Franta, scrisorile din aceasta ţară. În câteva luni au fost interceptate 387 scrisori – conţinând fiecare heroină – dintre care mai mult de 100 erau destinate aceluiaşi "dealer". În şase luni vameşii au detectat 14 kg de cocainã sosită cu poşta, în valoare de aproape 15.000.000 franci.

● Ascunderea stupefiantelor în colete. Aceasta constă în ascunderea acestora în diverse obiecte trimise prin colete poştale. Anchetatorii Brigăzii pentru Stupefiante din Paris au descoperit un inspector de fisc care a recunoscut că a primit aproximativ 30 de colete din America Latină. Reţeaua de traficanţi îl folosea drept paravan.

f) Folosirea curierilor. Aceştia practică uneori sistemul înghiţirii drogurilor, ei absorb mici caşete de plastic, cât o măslină, ermetice şi impermeabile, conţinând fiecare câteva grame de cocainã. Recordul a fost atins de un columbian, care a reuşit să înghită 171 de "măsline".

De asemenea pentru ascunderea drogurilor în cadrul micului trafic de stupefiante, sunt folosite toate cavităţile anatomice ale bărbaţilor şi femeilor.

Drogurile sunt ascunse şi în corsete, proteze, slipuri, sutiene, încălţăminte, spray-uri pentru bărbierit, aparate de uscat părul, casete false, baterii de tranzistor trucate, cutii de conserve. De pildă una din arestările cele mai spectaculoase a avut loc în iunie 1983, la Roissy: 3 false călugăriţe sosite la Rio transportau, ascunse sub fustă, 29 de kilograme de cocainã.

Curierii sau cărăuşii sunt persoane dintre cele mai diverse, de diferite funcţii şi profesii de la ţărani până la diplomaţi, iar modurile de ascundere folosite sunt dintre cele mai ingenioase. De pildă într-un caz menţionat şi în literatura de specialitate, în aprilie 1979 poliţia thailandeză a arestat un grup de contrabandişti în sudul ţării, care, pozând în oameni îndoliaţi, greu loviţi de soartă, încercau să scoată din Thailanda cadavrul unui copil, ce nu se răcise încă, în stomacul căruia fusese disimulată o mare cantitate de heroină.

1) Metode de mascare a mirosurilor specifice unor droguri

Pentru a preveni depistarea drogurilor datorită mirosului specific al unora dintre acestea, de către câinii de urmărire specializaţi în asemenea operaţii, traficanţii recurg şi din acest punct de vedere la metode diverse.

● Împachetarea în cartoane speciale sau în canistre de tablă, în special a marijuanei, în care s-au introdus peşti uscaţi cu miros înţepător şi bile contra moliilor.

● Introducerea în colete, alături de droguri a unor esenţe de usturoi sau ceapă al căror miros derutează câinii de serviciu.

● Ambalarea în containere închise ermetic, care nu permit nici o degajarea de miros exceptând faptul în care aceste cutii au fost manipulate de persoane murdare pe mâini de drogul ambalat.

2) Metode de anihilare a diferitelor dispozitive folosite pentru depistarea drogurilor

Şi în aceste împrejurări se folosesc metode ingenioase, în funcţie de complexitatea şi modernitatea măsurilor de supraveghere de la punctele de trecere a frontierei. Astfel :

- la punctele de trecere a frontierei, mai ales la cele aglomerate, se folosesc pentru depistarea stupefiantelor şi dispozitivele cu raze X, pentru controlul bagajelor şi călătorilor. Totuşi traficanţii cu experienţă sau cunoştinţe în domeniu, învelesc drogul în staniol sau indigo, care opresc razele X .

Pentru transportul drogurilor sunt folosite şi avioane, elicoptere şi nave maritime. Pentru interceptarea acestora, autorităţile, folosesc tehnici ultra-sofisticate: aparatură de control, avioane AWACS (cu avertizare timpurie).

Elemente metodologice aplicate în investigarea traficului de stupefiante

Modalităţi de depistare a traficanţilor

Pentru depistarea traficanţilor, a drogurilor, organele de poliţie specializate apelează la mijloace diverse care depind de complexitatea fenomenului, de modul de organizare şi de specificul organelor cu atribuţii în acest domeniu, de capacitatea şi competenţa profesională a acestora şi de experienţa pe care o au în acest gen de activitate.

Depistarea traficanţilor presupune o activitate complexă, organizată minuţios şi uneori de lungă durată, în care investigaţiile şi verificările au o mare importanţă.

I.Metode tactice

În primul rând sunt eficace controalele efectuate la punctele de frontieră de către lucrătorii vamali, organele de poliţie şi unii specialişti, asupra persoanelor, obiectelor de îmbrăcăminte de uz personal, bagajelor, mijloacelor de transport.

Chiar simplele discuţii purtate cu cei care trec frontiera, purtate cu abilitate, pot să ofere indicii asupra unui posibil trafic.

Pentru depistarea traficanţilor se apelează şi la ceea ce este denumit "urmărirea zborurilor sensibile", adică a acelora despre care se deţin informaţii că sunt folosiţi pentru transportul unor produse şi substanţe stupefiante, ascunse în diferite locuri de pe aeronave.

În această situaţie, controlul se va efectua atât asupra călătorilor, personalului navigant şi bagajelor acestora cât şi asupra aeronavei, verificându-se cu atenţie toate locurile posibile de ascundere a stupefiantelor, folosindu-se specialişti mecanici care cunosc caracteristicile tehnice de construcţie ale aeronavei.

O metoda specifică folosită de poliţie pentru depistarea traficanţilor o constituie "livrarea supravegheată sau controlată", când drogurile sunt lăsate intenţionat să treacă prin filtrele organelor de control, pentru ca, prin urmărirea persoanelor care le transportă, să se ajungă în

final la marii traficanţi sau la alte persoane implicate, la reţelele şi filierele organizate de acestea, la mijloacele şi metodele folosite etc.

Noua Lege privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri nr.143/2000, explică sintagma *livrare supravegheată,* în art.1 lit.j, înţelegând prin această "metodă folosită de instituţiile sau organele legal abilitate, cu autorizarea şi sub autoritatea procurorului, care constă în permiterea trecerii sau circulaţiei pe teritoriul ţării de droguri ori precursori, suspecţi de a fi expediaţi ilegal sau de substanţe care au înlocuit drogurile sau precursorii, în scopul descoperirii activităţilor infracţionale şi al identificării persoanelor implicate în aceste activităţi".

O altă masură tactică, pentru descoperirea traficanţilor, folosită de legea sus-menţionată este utilizarea *investigatorilor acoperiţi* şi a *colaboratorilor* cu organele de urmărire penală (informatori).

Art. 1 lit.k - "investigatorii acoperiţi sunt poliţişti special desemnaţi să efectueze, cu autorizarea procurorului, investigaţii în vederea strângerii datelor privind existenţa infracţiunii şi identificarea făptuitorilor şi acte premergătoare sub o altă identitate decât cea reală, atribuită pentru o perioadă determinată".

II. Metode tehnico-ştiinţifice de depistare

Drogurile şi implicit traficanţii pot fi descoperiţi cu ajutorul "câinelui detector de droguri" (special dresat pentru depistarea stupefiantelor). De exemplu la aeroportul Orly din Paris, primul câine ciobănesc german dresat pentru a detecta cocaina, putea cerceta pasagerii şi încărcătura unui avion în zece minute. Aşezat în faţa valizelor, el le zgârie cu labele pe cele care conţin droguri.

Pentru depistarea stupefiantelor sunt folosite "dispozitive cu raze X", mai ales pentru controlul bagajelor şi a locurilor greu accesibile, ca şi aparatură de "examinare neutronică".

Pentru interceptarea transporturilor clandestine, autoritaţile folosesc tehnica ultrasofisticată cum ar fi nave rapide, aparatură de control (radare), avioane AWACS (radar cu rază foarte mare de scanare) şi sateliţi. Aceştia mai sunt folosiţi şi pentru interceptarea culturilor clandestine.

III. Identificarea toxicomanilor

Pentru identificarea toxicomanilor în mod operativ, până la efectuarea unei investigaţii medico-legale, trebuie ştiute următoarele :

a. când se apropie momentul injectării sau ingerării, deci nevoia de drog, la toxicomani apar simptome ca lăcrimări, curgeri nazale, dureri, mâncărimi, căscături, stări de teamă, transpiraţii, frisoane, dilatarea pupilelor, irascibilitate, agitaţie, nervozitate;
b. toxicomanii aflaţi sub influenţa stupefiantelor sunt somnolenţi, apatici, puţin comunicativi, privesc în gol şi se izolează pentru a "gusta plăcerea" stupefiantului.
c. Diversele obiecte aflate în preajma drogatului, asupra sa (pipe cu care s-a fumat, resturi de ţigări, fiole groase etc.) sau mirosurile specifice îi pot trada pe cei care au consumat stupefiante;
d. Urmele lasate pe instrumentele de administrare (înţepături, cruste, cicatrici etc.) pe membrele superioare sau inferioare sunt indicii că este vorba de toxicomani, ceea ce presupune examinarea medicală.

De asemenea identificarea toxicomanilor este posibilă şi pe baza registrelor aflate la proprietarii de farmacii şi angajaţii acestora; reţetele cu timbru sec onorate de policlinici, spitale şi farmacii în care, pentru aceeaşi persoana, sunt trecute, la intervale de timp scurte, diagnostice diferite;

carnetele de evidenţă a reţetelor cu timbru sec distribuite medicilor, care pot duce la descoperirea unor fictivităţi şi falsuri sau prescrieri de stupefiante fără a fi necesare. Aceste nereguli pot fi depistate prin verficarea pe teren a datelor înscrise în carnetele respective. Condicile de la camerele de gardă oferă indicii despre persoanele de serviciu în ale căror schimburi consumul a fost mai mare, depistându-se bolnavii ce frecventează mai des aceste locuri pentru a li se administra stupefiant; iar evidenţele de la unităţile de intervenţie şi salvare ajută la identificarea persoanelor care o solicită mai des, acuzând dureri acute, urmărind să li se administreze stupefiante.

Metodologia investigării propriu-zise a traficului de stupefiante

Deoarece acest capitol este destul de vast iar lucrarea de faţă nu face obiectul unei dezbateri criminalistice voi vorbi succint doar despre realizarea flagrantului în cazul infracţiunilor la regimul produselor şi substanţelor stupefiante şi despre efectuarea urmăririi penale în această materie.

În cadrul metodologiei investigării traficului de stupefiante îşi fac loc şi alte probleme cum ar fi : modalităţile de documentare pentru începerea urmăririi penale, particularităţi ale cercetării la faţa locului etc.

I. Realizarea flagrantului în materia art. 312 Cod Penal

Constatarea infracţiunii flagrante prezintă importanţă sub dublu aspect : pe de o parte, duce la împiedicarea consumării activităţii ilicite, iar pe de altă parte prin descoperirea infracţiunilor comise, se realizează tragerea la răspundere penală a faptuitorilor la un moment dat cât mai apropiat de cel al comiterii faptei.

Pregătirea constatării infracţiunii flagrante

Printre activităţile pregătitoare infracţiunii flagrante se înscriu:

a) Stabilirea oportunităţii şi necesităţii constatării infracţiunii flagrante. În luarea hotărârii privind necesitatea constatării infracţiunii, organul de urmărire penală trebuie să procedeze la analizarea temeinică a fiecarui caz în parte. Astfel în unele situaţii organele de urmărire pot proceda la o supraveghere a traficului de droguri, ("livrare supravegheata") care are ca scop depistarea şi destrămarea reţelelor de traficanţi, descoperirea mijloacelor şi metodelor folosite, a modurilor de operare etc.

b) Obţinerea de date referitoare la faptuitor şi activitatea sa infracţională. Interesează naţionalitatea, cetăţenia, domiciliul sau reşedinţa, persoanele din anturaj, antecedente penale, metode, mijloace şi moduri de operare folosite, locurile din care procură stupefiantele etc.

c) Pregătirea mijloacelor tehnice criminalistice. În cazul infracţiunilor în discuţie, echipa trebuie să fie dotată cu trusa pentru testarea stupefiantelor, cu dispozitive pentru prelevări de aer din diverse locuri, cu aparate de fotografiat şi video.

d) Stabilirea momentului şi a modului de acţiune. În cazul infracţiunii de trafic de stupefiante, momentul acţiuni trebuie fixat în perioada producerii, deţinerii sau altei operaţiuni privitoare la circulaţia produselor sau substanţelor stupefiante sau toxice, în

timpul cultivării în scop de prelucrare a plantelor care conţin astfel de substanţe sau în timpul experimentării produselor sau substanţelor toxice.

e) Stabilirea martorilor asistenţi. Aceştia trebuie aleşi înainte de a se trece la surprinderea faptuitorului cu substanţe stupefiante asupra sa, pentru a li se asigura posibilitatea să observe atât activităţile desfăşurate de către el cât şi modul de acţiune şi constatările organului de cercetare penală.

Realizarea efectivă a prinderii în flagrant

a) Identificarea martorilor oculari. Prin identificarea şi ascultarea martorilor oculari se asigură posibilitatea obţinerii şi a altor probe decât cele ce se constată nemijlocit, cu referire la activităţile desfăşurate de către persoanele implicate în traficul cu droguri, înainte sosirii organelor de constatare, persoanele care le-au ajutat, locurile unde au fost ascunse ori aruncate produsele şi substanţele toxice sau stupefiante, mijloacele folosite.

b) Stabilirea activităţii ilicite desfăşurate în momentul constatării. La infracţiunile pe care le analizăm, activităţile ilicite pot consta în producerea, deţinerea sau orice operaţie privind circulaţia produselor ori substanţelor stupefiante sau toxice, cultivarea în scop de prelucrare a plantelor ce conţin astfel de substanţe, ori experimentarea produselor sau substanţelor toxice toate acestea fără drept.

c) Declinarea calităţii organului judiciar şi luarea măsurilor pentru întreruperea activităţii ilicite. În momentul intervenţiei, organul de urmarire penală trebuie să-şi prezinte calitatea şi să indice unitatea din care face parte, arătând actul doveditor în acest sens, în mod deosebit când cei ce acţionează sunt îmbracaţi în ţinută civilă.

După prezentarea calităţii, organul de urmărire penală trebuie să ia toate măsurile pentru încetarea activităţii ilicite, în acest scop apelând şi la sprijinul persoanelor de bună-credinţă care se află la locul faptei.

d) Acordarea primului ajutor persoanelor intoxicate. Această activitate poate avea loc în cazul unor persoane aflate în stare gravă datorită supradozelor consumate, situaţie în care se impune internarea imediată. Atunci când există date şi informaţii despre persoane care consumă stupefiante, cu ocazia realizarii flagrantului, este necesar ca din echipă să facă parte şi un medic specialist.

Înainte de a fi transportată la spital, în raport cu starea ei, persoana în cauză trebuie sa fie identificată, făcându-se menţiune despre aceasta şi despre măsurile luate în procesul verbal.

e) Identificarea faptuitorului. Autorul faptei trebuie să fie identificat pe baza actelor de identitate pe care le are asupra sa, reţinându-se numele, prenumele, numele şi prenumele părinţilor, data şi locul naşterii, seria numărul şi unitatea de poliţie care a emis actul de identitate, domiciliul şi reşedinţa acestuia.

Atunci când faptuitorul nu are asupra lui acte din care să rezulte identitatea, vor fi menţionate datele declarate de acesta, urmând a fi verificate ulterior, de urgenţă, în evidenţele unităţilor de poliţie.

f) Efectuarea percheziţiei corporale. Percheziţia corporală prezintă mare importanţă, se efectuează cu prioritate şi este obligatorie în toate cazurile. În aceste cazuri trebuie evitate, pe cât posibil, locurile aglomerate. Percheziţia se întinde şi asupra bagajelor şi autoturismului în care se găseşte persoana respectivă.

În aceste împrejurări, asupra faptuitorului pot fi găsite substanţe sau produse stupefiante sau toxice, ţigări care conţin plante stupefiante, băuturi în care s-au introdus astfel de substanţe, alimente folosite ca ascunzători dar şi diferite înscrisuri ca: note de plată a cazării la hotel sau a diferitelor servicii prestate de acesta (telefon, televizor, spălat, călcat etc.) hărţi pe care sunt însemnate traseele de parcurs, agende cu nume de persoane, adrese, numere de telefon şi altele.

Referitor la *percheziţia corporală internă* a făptuitorului art.25 din Legea nr.143/2000 prevede următoarele: "În cazul în care există indicii temeinice că o persoană transortă droguri ascunse în corpul său, pe baza consimţământului scris, organul de urmărire penală dispune efectuarea unor examene medicale, în vederea depistării acestora. În caz de refuz se va solicita autorizarea procurorului care va menţiona şi unitatea medicală ce urmează să efectueze aceste investigaţii medicale".

g) Luarea măsurilor cu privire la făptuitor şi la obiectele, valorile şi înscrisurile descoperite. După efectuarea percheziţiei corporale, făptuitorului i se va asigura paza, aceasta având dublu rol: pe de o parte, pentru a nu-i da posibilitatea să dispară de la locul faptei, iar pe de alta parte pentru a nu distruge eventualele mijloace materiale de probă.

Obiectele purtătoare de urme (seringi, fiole, ţigări prelucrate etc.) rămân asupra organelor de urmărire penală pentru a se dispune constatările tehnico-ştiinţifice, expertizele şi analizele de laborator necesare identificării substanţelor stupefiante.

Efectuarea urmăririi penale propriu-zise

În anchetarea traficului de stupefiante, printre primele acte de urmărire penală efectuate se află percheziţia, alta decât cea realizată în cazul flagrantului.

În asemenea situaţii, percheziţia trebuie efectuată cu operativitate, realizându-se elementul surpriză, fără a se neglija problemele de detaliu.

Momentul efectuării percheziţiilor trebuie ales cu multă grijă, de regulă, atunci când cercetările ajung în stadiul în care există convingerea că se vor putea obţine maximum de probe.

La efectuarea percheziţiei în mijloacele de transport (nave, aeronave, vagoane de cale ferată, autobuze, tir-uri, autoturisme etc.) se impune folosirea unor specialişti (mecanici, tinichigii auto), în vederea descoperirii ascunzătorilor amenajate meşteşugit, evitând riscul degradării lor, datorită necunoaşterii modului de demontare a unor ansamble. În aceste situaţii poate fi folosit cu succes câinele dresat pentru depistarea stupefiantelor, uşurând descoperirea acestora.

În cazul percheziţiilor efectuate la domiciliile unor toxicomani aflaţi sub influenţa consumului de stupefiante trebuie apelat la concursul medicilor pentru acordarea asistenţei de specialitate şi la nevoie, a dispune internarea.

De un ajutor preţios în descoperirea obiectelor ascunse sunt mijloacele tehnice aflate în trusa criminalistică. De exemplu cu ajutorul radiaţiilor ultraviolete se determină diferenţa de nuanţă a culorilor, în timp ce cu ajutorul radiaţiilor roentgen se cercetează interiorul unor obiecte.

Substanţele sau produsele ridicate, ambalate în mod corespunzător şi cu etichetă pe ambalaj, trebuie trimise cu operativitate la laboratoarele de specialitate pentru analizare în vederea stabilirii prezenţei substanţelor stupefiante. Analiza acestora este impusă de faptul că unele substanţe pot fi confundate cu medicamentele de uz general ce au aceaşi formă, mărime sau

culoare iar unele dintre produsele farmaceutice, deşi conţin acelaşi stupefiant apar în comerţ sub denumiri cu totul diferite, în funcţie de firma şi ţara producătoare.

De asemenea, această activitate este necesară ţinând cont de transformarea sau deteriorarea unor substanţe în contact cu aerul.

Odată cu substanţele stupefiante pot fi ridicate şi alte corpuri delicte, cum sunt seringile şi fiolele folosite, vasele suspecte că au conţinut stupefiante, resturile de ţigări precum şi înscrisurile care au legatură cu cauza cercetată.

Alături de procesul verbal, ca mijloce tehnice auxiliare de fixare a rezultatelor percheziţiei, se mai folosesc fotografierea şi înregistrarea pe bandă video.

Datorită faptului ca toxicomanii folosesc stupefiante sub diferite forme, recoltarea, ambalarea şi expedierea se va face în funcţie de starea acestora, de către medic sau un specialist al poliţiei.

Examinarea înscrisurilor

Înscrisurile găsite cu ocazia percheziţiilor corporale şi domiciliare, cele ridicate la cercetarea la faţa locului, din mijloacele de transport, colete etc., vor fi supuse unor examinări criminalistice minuţioase deoarece ele pot constitui mijloace materiale de probă în dovedirea vinovăţiei uneia sau a mai multor persoane.

Examinarea înscrisurilor poate conduce la stabilirea legăturilor infracţionale dintre diferite persoane sau pot contribui la identificarea locurilor de producere, depozitare şi desfacere a stupefiantelor. Pot fi obţinute date care să conducă la descoperirea unor filiere (reţele de traficanţi), organizare, compunere, trasee, mijloace şi metode folosite, iar în final la dezmembrarea acestora.

O atenţie deosebită trebuie să se acorde înscrisurilor găsite la traficanţii de stupefiante proveniţi din rândul cetăţenilor străini, scrise în alte limbi, cum ar fi araba, turca, japoneza etc., sau cu texte cifrate (criptografiate) care necesită a fi traduse de traducători autorizaţi, descifrate şi exploatate în activitatea de urmărire penală. Pe asemenea înscrisuri se pot găsi şi urme de substanţe sau urme papilare ale persoanelor care au participat la săvârşirea infracţiunii de trafic de stupefiante.

Dispunerea de constatări tehnico-ştiinţifice şi expertize.

Constatările tehnico-ştiinţifice sau expertizele sunt absolut necesare în cauzele penale referitoare la traficul cu stupefiante, ele constituind pricipalele modalităţi ştiinţifice de dovedire a existenţei stupefiantului.

Identificarea urmelor de substanţă se bazează pe punerea în evidenţă a caracteristicilor calitative proprii fiecărui stupefiant (stare de agregare, forma de cristalizare, punct de topire, structura moleculară, comportare faţă de reactivi specifici, proprietăţile biochimice) care se păstrează neschimbate, indiferent de conjuctura existentă în momentul folosirii lor ca mijloc al comiterii infracţiunii.

Unele substanţe stupefiante, după pătrunderea în organism, suferă o serie de transformări (prin metabolizare) din care pot rezulta compuşi netoxici. Evidenţierea acestora în produsele biologice poate constitui o dovadă a existenţei iniţiale în organism a stupefiantului de la care provin.

Evidenţierea proprietăţilor stupefiantelor se face prin folosirea de metode fizico-chimice obiective, rezultatele obţinute fiind comparate cu caracteristicile substanţelor menţionate în cataloage sau lucrările de specialitate.

Sarcina identificării stupefiantelor este de competenţa specialiştilor şi a laboratoarelor de profil, unde se vor trimite pentru analiză substanţele bănuite a face parte din această categorie.

Întrebările la care trebuie să răspundă specialistul trebuie formulate clar şi precis.

Primele întrebări la care trebuie să răspundă exact sunt următoarele: Substanţa este sau conţine stupefiante? În caz afirmativ, despre ce anume este vorba? Se recomandă să se menţioneze denumirea stupefiantului bănuit pentru a limita sfera de căutare de către specialişti.

Totodată, se vor adresa experţilor întrebări cu privire la puritatea, concentraţia, umiditatea, greutatea stupefiantelor şi dacă acestea au fost sau nu falsificate.

În urma examinării substanţelor sau produselor de către specialişti se pot formula următoarele concluzii :

- Cert pozitivă. Ex: "Substanţa supusă examinării este haşiş";
- Cert negativă. Ex: "Substanţa supusă examinării nu este stupefiant";
- De probabilitate. Ex: "Substanţa supusă examinării este, probabil, opiu";
- De imposibilitate. Ex: "Nu se poate stabili dacă substanţa supusă examinării este stupefiant".

Metodele cele mai moderne folosite în acest scop sunt cele cromatografice respectiv cromatografia în fază gazoasă prin care produşii constituenţi sunt separaţi şi aduşi în stare de puritate maximă, urmând analiza prin spectrometrie de masă, pentru identificarea substanţelor.

Pentru identificarea stupefiantelor şi a altor toxice sunt folosite gazeromatografe portabile, capabile să depisteze aceste substanţe chiar în atmosfera unei camere în care există asemenea substanţe, fiind suficientă o cantitate extrem de redusă de produs.

Ascultarea (audierea) persoanelor implicate în traficul de droguri.

Din perspectiva tacticii criminalistice ascultarea se face în funcţie de situaţia concretă a fiecarei persoane implicate.

În sensul legii penale, toxicomanii nu sunt consideraţi infractori, dar trebuie ascultaţi pentru a se obţine date cu privire la reţelele de traficanţi, sursele de aprovizionare cu stupefiante, existenţa altor consumatori cunoscuţi de ei, locurile de comercializare sau de consumare, preţul de vânzare al dozelor precum şi orice alte date ce pot fi exploatate în activitatea de urmărire penală.

În interogarea traficanţilor sau consumatorilor de stupefiante trebuie să se stabilească legăturile dintre sursele de aprovizionare şi destinaţia stupefiantelor, urmărindu-se evaluarea volumului traficului ilicit de pe raza unei regiuni sau zone geografice.

De îndată ce într-un anumit loc organele de poliţie sau lucrătorii vamali au descoperit un nou gen de ascunzătoare, o nouă metodă de evitare a controlului, imediat traficanţii îşi schimbă metodele şi tehnicile ce le-au folosit până atunci, iar în cele din urmă şi ruta. Aceste mutaţii intervenite în traficul de stupefiante trebuie cunoscute de organele de urmărire, aspect care se relizează şi prin ascultarea persoanelor implicate.

În concluzie, orice persoană implicată în traficul de stupefiante trebuie ascultată pornindu-se de la împrejurarea concretă în care a fost prinsă, pentru a stabili: din ce loc (ţară sau regiune) şi de la cine şi-a procurat stupefiantele; metodele şi mijloacele folosite pentru procurarea stupefiantelor; unde, când, cum şi cui urma să le predea; preţul plătit şi suma ce urma să o încaseze pentru stupefiante sau pentru serviciile făcute.

Ascultarea cetăţenilor străini implicaţi în traficul cu stupefiante, aflaţi în tranzit prin ţara noastră sau având ca punct final al călătoriei, România, pe lângă elementele arătate mai sus, trebuie să ducă şi la elucidarea următoarelor aspecte: stabilirea tuturor legăturilor, a modului în care este organizat şi funcţionează traficul ilicit, procedeele folosite şi sarcinile fiecărei legături, sursele de aprovizionare cu stupefiante (localităţi, persoane, etc.) precum şi modul de predare a acestora; persoanele cărora li se predau stupefiantele şi orice date despre acestea.

Trebuiesc, de asemenea, identificate locurile de fabricare şi depozitare a stupefiantelor şi stabilirea tuturor legăturilor acestora, atât pe teritoriul ţării noastre cât şi pe cel al altor state; metodele, mijloacele şi locurile de ascundere a stupefiantelor în vederea tranzitării lor; modul în care au reuşit să treacă neobservaţi prin mai multe puncte vamale, dacă au sau nu legături în rândul vameşilor şi mijloacele folosite pentru coruperea acestora; eventualele transporturi anterioare rămase nedescoperite, persoanele implicate, mijloacele folosite; eventualele transporturi viitoare, date despre alţi traficanţi, metodele folosite pentru ascunderea stupefiantelor, mijloacele de transport care vor fi utilizate şi traseele pe care le vor parcurge.

Pentru o înţelegere mai aprofundată a termenului "livrare supravegheată" anexăm în continuare o traducere din materialul intitulat "Consideraţii asupra intervenţiei Procurorului Special Antidrog al Comunităţii Autonome a Ţării Bascilor" alcătuit de către dl Javier Huete Nogueras:

"În virtutea Legii 8/1992 din 23 decembrie s-a adăugat legii judecătoreşti penale articolul 263 care reglementează circularea sau livrarea supravegheată.

Prin circulare sau livrare supravegheată se înţelege metoda prin care se permite transporturilor ilicite sau suspecte de droguri toxice, stupefiante sau substanţe psihotrope sau substanţe prin care s-au înlocuit cele anterioare, să circule pe teritoriul spaniol, să intre sau să iasă fără intervenţia autorităţilor, dar sub supravegherea acestora cu scopul de a descoperi sau identifica persoanele implicate în comiterea vreunei infracţiuni legate de sus-numitele droguri sau de a ajuta autorităţile străine în acelaşi scop.

Este un mecanism care poate fi util în mai multe ocazii cu scopul de a descoperi destinatarul final al drogurilor în discuţie. Condiţia fundamentală este controlul substanţei de către poliţia care pune în aplicare acest procedeu, control destinat să împiedice ca o substanţă care a fost detectată de autorităţi să ajungă pe piaţa ilicită. De aceea în măsura în care este posibil, se recomandă înlocuirea substanţelor cu altele inofensive. Prin împuternicirea judecătorească se va susţine acţiunea astfel încât rezultatele obţinute să poată fi folosite ca probă în instanţă fără riscul de a fi invocate încălcarea drepturilor constituţionale sau provocarea delictivă de către forţele de poliţie. Acesta este motivul pentru care în Spania, deşi Şeful Unităţii Organice a Poliţiei Judiciare poate autoriza circularea sau livrarea supravegheată, se preferă solicitarea împuternicirii judecătoreşti întrucât altfel s-ar putea da naştere la conflicte rezultate din invocarea de provocări la delict care în consecinţă ar duce la achitarea inculpatului.

Această metodă este fundamentală în cazurile în care marfa este detectată în afara graniţelor având ca destinaţie teritoriul naţional. Coordonarea în aceste cazuri este indispensabilă astfel

încât numărul mare al serviciilor administrative ce intervin să nu blocheze punerea în aplicare a operaţiunii şi să se evite orice întârziere la sosirea sau livrarea mărfurilor suspecte, întârziere care să provoace abandonarea acestora de către cei investigaţi şi fuga lor.

În Spania, mecanismele de acţiune în acest sens, permit Serviciului de Supraveghere Vamală, organ ce depinde de Ministerul de Economie şi Finanţe să acţioneze împreună cu Forţele şi Corpul de Securitate ale Statului, atribuind efectivelor legale caracter de colaborator al acestora în investigarea, urmărirea şi combaterea infracţiunilor de contrabandă (dispoziţia Adiţională Întâia din Legea Contrabandei 12/1995 din 12 dec.).

Cu aceasta metodă de cercetare penală ne vom mai întâlni deoarece face obiectul uneia din multele propuneri de lege ferenda înaintate de reputatul specialist român în stupefiante Jenică Drăgan.

O altă infracţiune ce are legatură şi cu traficul de stupefiante este "Spălarea de capitaluri".

Spălarea banilor murdari este un termen ce se foloseşte pentru a descrie un număr foarte mare de tehnici, procedee sau procese prin care fonduri obţinute atât de pe urma activităţilor ilicite sau infracţionale (bani murdari) precum şi din surse legale pentru a evita impozitarea (bani negri), se transformă în alte bunuri care ascund adevărata provenienţă, origine, proprietate sau oricare alt factor ce ar putea dezvălui vreo neregularitate. Obiectivul principal al spălarii banilor este legitimarea veniturilor derivate din surse sau afaceri legale sau ilegale.

În prezent şi România dispune de o lege privind Spălarea de capitaluri şi anume Legea nr. 21/1999 precum şi de o viitoare incriminare în Noul Cod Penal. De altfel în Proiectul de modificare a Codului Penal este incriminată infracţiunea de "Spalare a banilor" în art. 301[1], articol ce are acelaşi conţinut cu infracţiunea prevăzută în Legea nr. 21/1999.

Astfel art. 23 din Legea nr. 21 din 18 ianuarie 1999 pentru prevenirea şi sancţionarea spălării banilor prevede următoarele:

"Constituie infracţiunea de spălare a banilor şi se pedepseşte cu închisoare de la 3 la 12 ani:

> a) Schimbarea sau transferul de valori, cunoscând că acestea provin din săvârşirea unor infracţiuni: traficul de stupefiante; nerespectarea regimului armelor şi muniţiilor în formă agravată; nerespectarea regimului materialelor nucleare sau al altor materiale radioactive; nerespectarea regimului materialelor explozive; falsificarea de monedă şi alte valori; proxenetismul; contrabanda; santajul; lipsirea de libertate în mod ilegal; înşelăciunea în domeniul bancar, financiar sau de asigurări; bancruta frauduloasă; furtul şi tăinuirea de autovehicule; nerespectarea regimului de ocrotire a unor bunuri; traficul de animale ocrotite în ţările lor; comerţul cu ţesuturi şi organe umane; infracţiunile săvârşite prin intermediul calculatoarelor; infracţiunile săvârşite cu cărţi de credit; infracţiunile săvârşite de persoane care fac parte din asociaţii de infractori; nerespectarea dispoziţiilor privind importul de deşeuri şi de reziduuri; nerespectarea dispoziţiilor privind jocurile de noroc; în scopul ascunderii sau disimulării originii ilicite ale acestora, precum şi în scop de tăinuire sau de favorizare, a persoanelor implicate în astfel de activităţi sau presupuse că s-ar sustrage consecinţelor juridice ale faptelor lor;
>
> b) Ascunderea sau disimularea naturii reale a provenienţei, apartenenţei, dispoziţiei, mişcării proprietăţii bunurilor sau a dreptului asupra acestora, cunoscând că bunurile provin din săvârşirea uneia dintre infracţiunile prevăzute la lit. a.
>
> c) Dobândirea, posesia sau utilizarea de bunuri, cunoscând că acestea provin din săvârşirea uneia dintre infracţiunile prevăzute la lit. a.

Asocierea, iniţierea, aderarea sau sprijinirea sub orice forma, în scopul săvârşirii infracţiunii de spălare a banilor, se pedepseşte cu închisoare de la 5 la 15 ani.

Tentativa se pedepseşte."

În Spania cercetarea faptelor care acoperă sau ascund o operaţiune de spălare de bani de proveniență ilegală este întotdeauna diferită datorită complexităţii şi diversităţii formelor de operare a organizaţiilor criminale pentru a da aparență de legalitate fondurilor provenite din comiterea infracţiunii.

Dificultatea inerentă cercetării spălării de fonduri şi bunuri obținute din traficarea de substanțe stupefiante derivă chiar din complexitatea operaţiunilor pe care le folosesc organizaţiile criminale, adică operaţii complexe comerciale, financiare sau de reinvestiție care au un cadru de desfăşurare internațional în cea mai mare parte din cazuri şi se sprijină pe o infrastuctură de afaceri sau industrie suficient de amplă pentru a permite operaţiuni de mare importanţă economică.

În cercetarea spălării de bani de proveniență ilegală, trebuie avute în vedere două căi distincte şi simultane. Prima, de caracter operativ care să ducă la identificarea membrilor organizaţiei criminale, descoperirea infrastructurii şi a drogurilor toxice, stupefiantelor sau substanţelor psihotrope şi a celorlalte mijloace folosite. Cea de-a doua ar fi de caracter economico-financiar, îndreptată spre strângerea de documente, obţinerea de informaţii despre tranzacţii, conturi şi despre descoperirea circuitului comercial sau financiar folosit, permiţând astfel ca adunarea de astfel de probe să ajute la demonstrarea provenienţei finanţării, care sunt canalele de spălare a banilor şi infrastructura pe care se sprijină. Este oportună consultarea, pentru obţinerea de informaţii a registrelor publice. Fiind obişnuită, în operaţiile mercantile în spatele cărora se ascund mişcări de anvergură pentru spălarea banilor, apariţia persoanelor fizice sau juridice ca titulare ale acestora, în scopul ascunderii personalităţii adevăraţilor responsabili şi beneficiari, este indispensabilă atât cercetarea titularilor aparenţi cât şi a suspecţilor şi beneficiarilor reali cu scopul de a stabili o legătură între ei. Astfel se recurge la demonstrarea existenţei de proprietăţi sau semne exterioare ale unui ritm de viaţă care să nu corespundă veniturilor persoanei cercetate, corelând astfel veniturile reale cu activitatea ilicită.

De asemenea după stabilirea patrimoniului celui investigat (certificate de proprietate) şi a câştigurilor reale (prin confruntarea de conturi, depozite, etc.), este necesară confruntarea acestei informaţii cu ceea ce rezultă din declaraţiile subiectului, fapt ce va permite stabilirea de disfuncţii între patrimoniu şi câştigurile obţinute care să ducă la acreditarea intenţiei de a ascunde provenienţa fondurilor obţinute de pe urma activităţilor ilegale.

O ultimă precizare trebuie făcută ţinând seama că spre deosebire de alte coduri de legi juridice, cel spaniol nu admite inversarea sarcinii probei, deşi Convenţia de la Viena 1988 în articolul 57 includea aceasta posibilitate, în procesele asupra provenienţei ilicite a respectivului produs. În cadrul juridic această pretenţie ar veni în contradicţie cu dreptul fundamental la prezumţia de nevinovăţie stipulată de art. 24.2. din Constituţia Spaniolă astfel încât revine acuzării verificarea elementelor esenţiale în care să se fundamenteze impunerea unei pedepse, fără să se ceară acuzatului demonstraţia contrară."

Javier Huete Nogueras

In concluzia celor prezentate in acest capitol inserăm cateva din prevederile "*Programului pentru prevenirea traficului ilicit si a abuzului de droguri in Romania*", alcatuit de Fundatia Antidrog din

Romania FADROM, unde, se propun urmatoarele masuri necesare pentru limitarea daca nu stoparea acestui fenomen :

✓ La nivel judetean si la nivelul Municipiului Bucuresti se vor crea "comisii pentru prevenirea si combaterea traficului ilicit si consumului de droguri", din care sa faca parte factori resposabili din administratia de stat, pariti si alte persoane interesate;

✓ Difuzarea informatiilor legate de fenomenul toxicomaniei si traficului ilicit de droguri, precum si efectuarea unei propagande energice si atente in randul tuturor categoriilor de cetateni, in scopul crearii unei opinii de masa favorabile activitatilor de contracarare a tendintelor fenomenului creat de droguri;

✓ In cadrul unitatilor de invatamnt superior care pregatesc medici, farmacisti, juristi, psihologi, sociologi, cadre didactice, etc., vor fi pregatiti viitorii specialisti in lupta impotriva acestui flagel, pentru ca la momentul oprtun, sa fie in masura sa se implice direct si sa desfasoare activitati coerente in materie.in penitenciare si scoli speciale de reeducare a minorilor, se vor lua masuri adecvate pentru disocierea de drog a elementelor incarcerate;

✓ Coordonarea strategiei si mijloacelor logistice intre serviciile chemate sa contribuie nemijlocit la lupte antidrog (vama, politie, justitie);

✓ Intarirea dispozitivelor de control la frontierele de stat pentru impiedicarea introoducerii ori tranzitarii drogurilor in si prin tara noastra, aliniindu-ne in acest sens, la politica regionala si europeana;

✓ Dezvoltarea si modernizarea mijloacelor tehnico-materiale ale serviciilor insarcinate cu descoperirea si reprimarea traficului de droguri la nivel national;

✓ Intarirea controlului asupra incarcaturilor comerciale transportate pe cale terestra, aeriana sau navala, o atentie deosebita acordandu-se marfurilor transportate in containere ori cu autotrenuri TIR;

✓ Controlarea atenta a productiei interne a procesului de fabrcatie, pastrarii, prescrieii si administrarii medicamentelor cu continut stupefiant si psihotrop, a substantelor chimice esentiale, precum si a precursorilor, pentru a impiedica deturnarea tuturor acestora din circuitul legal si utilizarea lor in late scopuri;

✓ Ca un ultim deziderat am mai adauga marirea potentialului informativ-operativ prin plasarea "colaboratorilor si a investigatorilor sub acoperire", in locuri strategice astfel incât calitatea si mai putin cantitatea informatiilor cu relevanta in domeniul traficului de droguri sa duca la demascarea si tragerea la raspundere penala a capilor retelelor de traficanti.

LEGEA NR.143/26/06/2000

Privind combaterea traficului si consumului ilicit de droguri

ART.2.
Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, oferirea, punerea in vanzare, vanzarea, distribuirea, livrarea cu orice titlu, trimiterea, transportul, procurarea, cumpararea, detinerea ori alte operatiuni privind circulatia drogurilor de risc, fara drept, se pedepsesc cu inchisoare de la 3 la 15 ani.

Daca faptele au ca obiect droguri de mare risc, pedeapsa este de la 10 la 20 ani si interzicerea unor drepturi.

ART.3.
Introducerea, scoaterea din tara, importul, exportul drogurilor de risc fara drept; pedeapsa de la 10 la 20 ani.

Daca faptele privesc droguri de mare risc, pedeapsa este de la 15 la 25 ani.

ART.4.
Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpararea sau detinerea de droguri pentru consum propriu, fara drept, de la 2 la 5 ani.

ART.5.
Punerea la dispozitie cu stiinta, cu orice titlu, a unui local, a unei locuinte sau a oricarui alt loc amenajat, in care are acces publicul, pentru consum ilicit de droguri ori tolerarea consumului ilicit in asemenea locuri. Inchisoare de la 3 la 5 ani.

ART.6.
Prescrierea de droguri de mare risc, cu intentie, de catre medic, fara ca acestea sa fie necesare medical. Inchisoare de la 1 la 5 ani.

ART.7
Administrarea de droguri de mare risc unei persoane, in afara conditiilor legale. Inchisoare de la 6 luni la 4 ani.

ART.8.
Furnizarea in vederea consumului, de inhalanti chimici sau toxici unui minor. Inchisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amenda.

ART.9.
Producerea, fabricarea, importul, exportul, oferirea, vanzarea, transportul, livrarea cu orice titlu, trimiterea, procurarea, cumpararea sau detinerea de precursori, echipamente ori materiale in scopul utilizarii lor la cultivare, producerea sau fabricarea ilicita de droguri cu mare risc. Inchisoare de la 3 la 10 ani.

ART.10.
Organizarea, conducerea sau finantarea faptelor prevazute la art. 2-9 se pedepseste conform articolelor respective, limitele maxime fiind marite cu 3 ani.

ART.11.
Indemnul la consum ilicit de droguri, prin orice mijloace, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 5 ani. Daca indemnul nu este urmat de executare, pedeapsa este de la 6 luni la 2 ani sau cu amenda.

ART.12.
Faptele prevazute la art. 2, 3 si 5, in cazul in care persoana care le-a savarsit face parte dintr-o organizatie sau asociatie ori dintr-un grup de 3 persoane cu structuri determinate si care sunt constituite in scopul comiterii acelor fapte si al obtinerii de beneficii materiale sau alte foloase ilicite se pedepsesc cu detentie pe viata sau inchisoare de la 15 la 25 ani.

Faptele de la art. 4, 6, 7, 9 si 11 daca au fost savarsite in conditiile de la alin.1 se pedepseste cu inchisoare de la 3 la15 ani.

In cazul infractiunilor prevazute de alin.1 si 2, daca au avut ca urmare moartea victimei, pedeapsa este pe viata sau inchisoare de la 15 la 25 ani.

ART.13.
Tentativa de la art. 2-7 si 9 si 10 se pedepseste. Se considera tentativa si producerea sau procurarea de mijloace ori instrumente cat si luarea de masuri in vederea comiterii infractiunilor prevazute la alin.1.

ART.14.

Pe langa circumstantele agravante din Codul Penal mai apar urmatoarele:

a) Persoana care a comis infractiunea indeplinea o functie ce implica exercitiul autoritatii publice, iar fapta s-a comis in exercitarea acestei functii.
b) Fapta a fost comisa de un cadru medical sau de persoana ce are potrivit legii atributii in lupta impotriva drogurilor.
c) Drogurile au fost trimise, livrate, distribuite unui minor, bolnav psihic, persoana in curs de dezintoxicare sau sub supraveghere medicala. Daca fapta s-a comis intr-o unitate medicala, de invatamant militar, loc de detentie, centre de asistenta sociala, reeducare, locuri in care elevii, studentii desfasoara activitati ori in apropiere.
d) Folosirea minorilor in savarsirea faptelor de la art. 2-11.
e) Drogurile au fost amestecate cu alte substante care le-au marit pericolul pentru viata si integritatea persoanei.

Regulament din 28/07/2005 Publicat in Monitorul Oficial, Partea I nr. 749 din 17/08/2005 de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare

CAPITOLUL I
Dispoziţii generale

Art. 1. - (1) Pentru aplicarea prezentului regulament, termenii şi expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:

a) servicii medicale - ansamblu de măsuri şi acţiuni realizate pentru a răspunde nevoilor medicale generate de consumul de droguri, în vederea întreruperii consumului, înlăturării dependenţei şi/sau reducerii riscurilor asociate consumului;

b) servicii psihologice - ansamblu de măsuri şi acţiuni realizate pentru a răspunde nevoilor psihice generate de consumul de droguri în scopul eliminării dependenţei psihice şi al dezvoltării unor abilităţi personale care să permită integrarea socială a consumatorului;

c) servicii sociale - ansamblu complex de măsuri şi acţiuni destinate integrării sociale şi profesionale a persoanelor consumatoare de droguri, precum şi pentru prevenirea consumului ilicit de droguri;

d) consumator - atât consumatorul, cât şi consumatorul dependent, astfel cum sunt aceştia definiţi la art. 1 lit. h) şi h[1]) din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare; prin dependenţa de droguri se înţelege nevoia imperioasă sau persistentă de a continua consumul drogului în scopul obţinerii unei stări de bine sau pentru a evita starea de rău generată de întreruperea consumului;

e) polidependenţă - consumul a cel puţin două droguri diferite în condiţii de dependenţă;

f) urgenţă - condiţia medicală a unui consumator, în legătură sau nu cu consumul, care îi pune în pericol viaţa;

g) diagnostic dual - coexistenţa diagnosticului de tulburare mintală cu cel de consum de droguri;

h) sindrom de abstinenţă (sevraj) - reacţia organismului la întreruperea bruscă a consumului de droguri, la administrarea de antagonist specific sau la scăderea cantităţii de drog faţă de care s-a instalat dependenţa;

i) intoxicaţie acută - o stare tranzitorie prezentă la scurt timp de la administrarea drogului, cu apariţia efectelor specifice, care pot fi identificate prin metode de evaluare medicală;

j) supradoză - consumul unei cantităţi de drog suficiente pentru producerea unor efecte care pun viaţa în pericol;

k) reducerea riscurilor asociate consumului - ansamblul de măsuri şi acţiuni orientate spre reducerea consecinţelor negative individuale şi/sau sociale generate de consumul de droguri, fără a avea ca obiectiv principal încetarea totală a consumului de droguri;

l) afecţiuni asociate consumului - afecţiuni medicale datorate şi/sau coexistente consumului de droguri;

m) decese datorate consumului - decese rezultate fie direct, ca urmare a consumului, fie indirect, ca urmare a comportamentelor determinate de consumul de droguri;

n) dezintoxicare - procesul terapeutic ce are ca scop întreruperea consumului pentru substanţele capabile să producă dependenţă fizică şi prevenirea sau tratamentul sindromului de abstinenţă;

o) manager de caz - persoana din cadrul centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog care coordonează, planifică şi monitorizează serviciile de asistenţă medicală, psihologică şi socială în raport cu necesităţile individuale ale consumatorului;

p) metaboliţi - substanţele ce apar în organism după consumul unui drog, ca urmare a proceselor suferite de acesta în organism, şi care pot persista o perioadă îndelungată de la consumul ultimei doze de drog;

q) agonist - substanţa care prin acţiunea sa la nivelul receptorilor neuronali produce efecte similare celor ale drogului de referinţă (de exemplu, metadona);

r) antagonist - substanţa care prin interacţiunea cu receptorii neuronali diminuează sau anulează efectele drogului de referinţă ori inhibă acţiunea acestuia (de exemplu, naltrexona);

s) acord de asistenţă medicală, psihologică şi socială - document în baza căruia consumatorul îşi exprimă consimţământul de a fi inclus în programul integrat de asistenţă, asumându-şi drepturile şi obligaţiile cuprinse în acesta;

ş) registru unic codificat privind consumatorii de droguri - baza de date a Agenţiei Naţionale Antidrog, care cuprinde toate înregistrările individuale primite de la furnizorii de servicii pe baza fişelor standard;

t) testarea prezenţei drogurilor - analiza fluidelor organismului (sânge, urină sau salivă) ori a părului sau a altor ţesuturi pentru depistarea prezenţei uneia sau mai multor substanţe psihoactive ori a metaboliţilor acestora;

ţ) menţinere cu agonişti de opiacee (metadona, LAAM, buprenorfina şi altele asemenea) - ansamblul de măsuri terapeutice care are ca obiectiv stabilizarea consumatorului, prin înlocuirea drogului consumat cu un agonist adecvat de la caz la caz, pe o perioadă de timp îndelungată, în vederea reducerii consumului drogurilor şi a riscurilor asociate, şi facilitarea reabilitării şi reinserţiei sociale;

u) susţinerea abstinenţei cu antagonist opiaceu (de tip naltrexona) - ansamblul de măsuri terapeutice care are ca rezultat blocarea acţiunii drogului consumat;

v) schimb de seringi - ansamblul activităţilor şi măsurilor adresate consumatorilor de droguri injectabile, care are ca scop prevenirea îmbolnăvirilor ce pot surveni din acest mod de administrare. Sunt avute în vedere, în special: distribuirea şi colectarea de seringi, oferirea altor materiale utilizate la injectare - tampoane dezinfectante, garouri, substanţe de dizolvare, altele, oferirea de referinţe şi informaţii, consiliere pentru reducerea riscurilor utilizării drogurilor, intervenţii destinate creşterii motivaţiei pentru schimbarea comportamentului, consiliere pretestare şi posttestare pentru infecţii cu virusul HIV şi al hepatitelor virale, alte infecţii cu transmitere sexuală, testare HIV, hepatita B şi C, vaccinare, distribuire de prezervative etc.;

x) reabilitare şi reinserţie - procesul de normalizare a situaţiei personale şi sociale a consumatorilor de droguri, pe următoarele arii de intervenţie:

- personal şi social: dobândirea unor norme de coabitare, creşterea autonomiei şi valorii sociale individuale, dezvoltarea responsabilităţii, recâştigarea abilităţilor sociale şi promovarea utilizării de resurse comunitare;

- formare profesională: îmbogăţirea cunoştinţelor, abilităţilor şi practicilor profesionale şi a celor de căutare şi obţinere a unui loc de muncă;

- educativ şi cultural: obţinerea unui nivel educativ, cultural şi relaţional suficient pentru a înţelege şi a participa la viaţa socială;

y) consiliere şi psihoterapie - ansamblu de metode şi tehnici specifice destinate să faciliteze schimbări ale comportamentului, eliminarea dependenţei psihice şi dezvoltarea unor abilităţi personale care să permită integrarea socială a consumatorului;

z) planta Canabis sativa, ca drog - inflorescenţele florale şi fructifere ale plantei Canabis sativa, însoţite sau nu de frunze ori de alte părţi ale inflorescenţei, din care s-au scos seminţele;

- prin răşina plantei Canabis sativa se înţelege răşina izolată, brută sau purificată, obţinută din planta Canabis sativa, din inflorescenţele ori din frunzele acesteia;

- prin uleiul plantei Canabis sativa se înţelege concentratul sub forma uleioasă, obţinut din planta Canabis sativa sau din răşina plantei Canabis sativa.

(2) Definiţiile referitoare la produsele vegetale obţinute din planta Canabis sativa, indiferent de varietatea acesteia, sunt aplicabile atunci când aceste produse vegetale au fost obţinute pentru trafic şi consum ilicit de droguri şi au avut ca destinaţie operaţiunile specifice traficului şi consumului ilicit de droguri.

Art. 2. - (1) Prescrierea de către medici, în scop terapeutic, a substanţelor aflate sub control naţional, astfel cum sunt definite în Legea nr. 143/2000, cu modificările şi completările ulterioare, se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare şi cu normele de practică medicală stabilite de Colegiul Medicilor din România şi de Ministerul Sănătăţii.

(2) Substanţele aflate sub control naţional se livrează numai unităţilor autorizate de Ministerul Sănătăţii.

(3) Aprovizionarea, deţinerea şi eliberarea către pacienţi a substanţelor aflate sub control naţional se realizează în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

(4) Farmaciştii, cu ocazia eliberării medicamentelor, au obligaţia de a atrage atenţia consumatorilor asupra substanţelor aflate sub control naţional, cuprinse de acestea.

Art. 3. - (1) Calificarea ca drog a unui produs provenit din traficul şi consumul ilicit de droguri nu depinde de concentraţia substanţei stupefiante sau psihotrope depistate în acest produs.

(2) Nu sunt considerate droguri medicamentele care conţin plante, substanţe stupefiante şi psihotrope sau amestecuri de asemenea plante şi substanţe aflate sub control naţional atunci când sunt folosite în cadrul actului medical, conform legislaţiei în vigoare.

CAPITOLUL II
Măsuri de prevenire şi combatere a traficului şi consumului ilicit de droguri

Art. 4. - (1) Măsurile de prevenire a consumului ilicit de droguri constau în totalitatea activităţilor desfăşurate de instituţiile abilitate, în scopul evitării începerii consumului, întârzierii debutului acestuia, evitării trecerii la un consum cu risc mai mare şi promovării unui stil de viaţă sănătos.

(2) Măsurile de prevenire sunt: informare, educare, comunicare-sensibilizare, conştientizare, câştigare de abilităţi etc. şi se desfăşoară, de regulă, pe baza unor programe de prevenire, conform standardelor de calitate.

(3) Standardele de calitate şi metodologia de avizare a programelor se elaborează de Agenţia Naţională Antidrog şi se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului muncii, solidarităţii sociale şi familiei şi ministrului administraţiei şi internelor.

(4) Programele de prevenire se elaborează pe baza evaluării necesităţilor şi în raport cu situaţia populaţiei căreia i se adresează, cu mediul în care se implementează şi cu tipul de drog avut în vedere şi se avizează de către Agenţia Naţională Antidrog.

Art. 5. - (1) Evaluarea rezultatelor programelor se face de către cel care le implementează, iar raportul cu rezultatele evaluării se transmite Agenţiei Naţionale Antidrog.

(2) Agenţia Naţională Antidrog ţine evidenţa programelor de prevenire a consumului de droguri derulate şi monitorizează programele aflate în derulare, pe baza unei fişe standard aprobate prin decizie a preşedintelui Agenţiei Naţionale Antidrog.

Art. 6. - Autorităţile administraţiei publice locale au obligaţia să sprijine derularea programelor de prevenire a consumului de droguri.

Art. 7. - Măsurile de combatere a traficului şi a consumului ilicit de droguri constau în totalitatea activităţilor desfăşurate în acest sens de organele administraţiei publice şi organele judiciare, potrivit dispoziţiilor Codului de procedură penală şi ale legilor speciale în domeniu.

Art. 8. - (1) Supravegherea cultivării plantelor ce conţin droguri este o activitate care implică, pe de o parte, verificarea autorizaţiilor eliberate de organele abilitate pentru culturile ce au ca destinaţie prelucrarea licită a acestora, iar pe de altă parte, obligativitatea celor care cultivă pe bază de autorizaţie astfel de plante şi le prelucrează de a declara scopul culturilor, care trebuie menţionat în mod expres în autorizaţie.

(2) Autorizarea pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, în vederea utilizării în industrie şi/sau în alimentaţie, în domeniul medical, ştiinţific sau tehnic ori pentru producerea de sămânţă, se realizează de către Ministerul Agriculturii, Pădurilor şi Dezvoltării Rurale, prin direcţiile pentru agricultură şi dezvoltare rurală judeţene sau a municipiului Bucureşti. Modelul autorizaţiei este prevăzut în anexa nr. 1.

(3) Direcţiile pentru agricultură şi dezvoltare rurală judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, vor comunica Ministerului Sănătăţii, Direcţiei generale farmaceutice şi aparatură medicală, sub confirmare de primire, o copie legalizată a autorizaţiei emise pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în scop medical.

(4) Direcţiile pentru agricultură şi dezvoltare rurală judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, sunt obligate ca, în termen de 7 zile de la data eliberării autorizaţiei, să comunice, sub confirmare de primire, o copie legalizată a acesteia, în vederea luării în evidenţă la inspectoratele judeţene de poliţie, respectiv al municipiului Bucureşti, acestea urmând să o transmită, sub confirmare de primire, la formaţiunea centrală de reprimare a traficului şi consumului ilicit de droguri din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei.

(5) Pentru eliberarea autorizaţiei pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, în vederea utilizării în industrie şi/sau în alimentaţiei, în domeniul ştiinţific ori tehnic sau pentru producerea de sămânţă, operatorii economici trebuie să depună la direcţiile pentru agricultură şi dezvoltare rurală judeţene sau a municipiului Bucureşti o cerere, al cărei model este prezentat în anexa nr. 2. Cererea depusă de agenţii economici trebuie însoţită de următoarele documente, în funcţie de scopul autorizării:

a) documente de identificare:

- pentru persoana fizică: copie de pe buletin/cartea de identitate;

- pentru persoana juridică: copii de pe certificatul de înmatriculare şi de pe certificatul de înregistrare fiscală;

b) copie de pe titlul de proprietate sau procese-verbale/adeverinţe de punere în posesie;

c) copie de pe contractele de valorificare a producţiei;

d) autorizaţie pentru producere de seminţe, eliberată conform reglementărilor legale în vigoare;

e) documente care atestă că desfăşoară o activitate ştiinţifică în domeniul cercetării şi învăţământului.

(6) După înregistrarea şi verificarea cererilor de către reprezentanţii direcţiilor pentru agricultură şi dezvoltare rurală judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, se eliberează autorizaţii în termen de maximum 10 zile de la data înregistrării cererilor.

(7) Condiţiile şi documentele necesare eliberării autorizaţiei pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în domeniul medical, se stabilesc prin ordin al ministrului sănătăţii.

CAPITOLUL III

Distrugerea drogurilor

Art. 9. - (1) Distrugerea drogurilor se efectuează în condiţiile prevăzute de lege, contraprobele păstrându-se până la epuizarea tuturor căilor de atac.

(2) Medicamentele utilizabile, exceptate de la distrugere, sunt preluate în vederea transmiterii şi valorificării, potrivit reglementărilor în vigoare.

(3) În cazul distrugerii medicamentelor neutilizabile, o copie a procesului-verbal de distrugere se transmite Ministerului Sănătăţii.

(4) Sumele aferente cheltuielilor legate de distrugerea drogurilor se suportă din bugetul instituţiei care gestionează camera de corpuri delicte, urmând să fie recuperate de la proprietar sau de la persoana de la care au fost ridicate, prin includerea lor în cheltuieli judiciare.

(5) O copie a procesului-verbal întocmit de comisia de distrugere, întrunită potrivit legii, se transmite organului judiciar pentru stabilirea cheltuielilor judiciare.

Art. 10. - Modul şi condiţiile în care anumite cantităţi de droguri sunt exceptate de la distrugere pentru a fi folosite în scop didactic şi de cercetare ştiinţifică sau în care pot fi remise instituţiilor care deţin câini şi alte animale de depistare a drogurilor, pentru pregătirea şi menţinerea antrenamentului acestora, se stabilesc prin ordin comun al ministrului administraţiei şi internelor, al ministrului sănătăţii şi al ministrului educaţiei şi cercetării.

CAPITOLUL IV

Programe integrate de asistenţă

Art. 11. - (1) Programul integrat de asistenţă a consumatorilor, denumit în continuare program, constă într-un ansamblu complex de programe terapeutice, psihologice şi sociale, complementare, simultane sau secvenţiale, care se concretizează într-un plan individualizat de asistenţă.

(2) Planul individualizat de asistenţă reprezintă intervenţiile şi măsurile terapeutice, psihologice şi sociale, adaptate necesităţilor fiecărui consumator.

Art. 12. - (1) Acordarea serviciilor în cadrul unui program se face în mod integrat şi continuu, prin intermediul managementului de caz.

(2) Managementul de caz reprezintă identificarea necesităţilor consumatorului, planificarea, coordonarea şi monitorizarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistenţă în funcţie de resursele disponibile existente.

(3) Managementul de caz se realizează pe baza normelor metodologice elaborate conform standardelor minime obligatorii aprobate prin decizie a preşedintelui Agenţiei Naţionale Antidrog.

Art. 13. - (1) Procesul de acordare a serviciilor de asistenţă medicală, psihologică şi socială are următoarele etape:

a) evaluarea;

b) stabilirea programului şi elaborarea planului individualizat de asistenţă;

c) includerea în program prin semnarea acordului de asistenţă;

d) implementarea măsurilor prevăzute în planul individualizat de asistenţă;

e) monitorizarea şi evaluarea implementării măsurilor prevăzute în planul individualizat de asistenţă şi a rezultatelor acestora;

f) terminarea programului.

(2) Acordarea serviciilor de asistenţă medicală, psihologică şi socială se face în următoarele situaţii:

a) la cererea consumatorului sau a reprezentantului legal, în cazul minorilor, sau a persoanelor cu capacitate de exerciţiu restrânsă;

b) la dispoziţia procurorului sau, după caz, a altui organ judiciar;

c) de urgenţă.

(3) Solicitarea pentru acordarea serviciilor de asistenţă se adresează:

a) centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog din cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog;

b) altui furnizor de servicii de asistenţă.

Art. 14. - (1) Prin evaluare se identifică caracteristicile individuale ale consumatorului, în vederea selectării programului şi individualizării serviciilor medicale, psihologice şi sociale.

(2) Evaluarea se realizează pe următoarele arii:

a) istoricul personal şi de consum şi semnele specifice ale intoxicaţiei şi/sau sindromului de abstinenţă;

b) condiţii biomedicale şi complicaţii curente care, deşi nu au legătură cu sindromul de abstinenţă sau cu intoxicarea, necesită tratament deoarece pot genera riscuri ori pot complica procesul de asistenţă şi reabilitare;

c) condiţii psihologice şi/sau psihiatrice şi complicaţii, precum şi alte condiţii care pot genera riscuri ori care pot produce complicaţii în procesul de asistenţă şi reabilitare, cum sunt: acceptarea/rezistenţa la tratament, potenţial de recădere, continuarea utilizării etc.;

d) condiţii sociale şi familiale care pot fi surse de suport individual, familial ori comunitar sau pot îngreuna/împiedica procesul de asistenţă şi reabilitare;

e) situaţia juridică.

(3) Evaluarea este coordonată şi monitorizată de managerul de caz.

(4) Evaluarea este efectuată de personalul centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog din cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog, potrivit regulamentului de organizare şi funcţionare a acestora, precum şi de alţi furnizori de servicii.

(5) Rezultatul evaluării se consemnează într-un raport de evaluare, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 şi care cuprinde:

a) date despre consumator;

b) rezultatele evaluării pe arii;

c) expertiza medico-legală, după caz;

d) recomandări, în cadrul cărora sunt stabilite programul şi planul individualizat de asistenţă.

Art. 15. - (1) Stabilirea programului se face în funcţie de criteriile de orientare care sunt specifice ariilor de evaluare prevăzute la art. 14 alin. (2).

(2) Programele integrate de asistenţă şi criteriile de orientare într-un program integrat de tratament sunt prevăzute în anexele nr. 6 şi, respectiv, nr. 7.

Art. 16. - (1) Serviciile de asistenţă individualizate pentru un consumator în cadrul programului constituie planul individualizat de asistenţă.

(2) Metodologia de elaborare, modificare şi implementare a planului individualizat de asistenţă se aprobă prin decizie a preşedintelui Agenţiei Naţionale Antidrog, în conformitate cu programele psihologice şi sociale şi cu protocoalele de practică elaborate de Ministerul Sănătăţii şi de Colegiul Medicilor din România.

Art. 17. - (1) Raportul de evaluare se prezintă consumatorului odată cu propunerea de includere într-un program.

(2) În situaţia în care consumatorul este de acord cu includerea în program, acesta semnează acordul de asistenţă medicală, psihologică şi socială la care este anexat planul individualizat de asistenţă.

(3) Modelul acordului de asistenţă medicală, psihologică şi socială, cu anexele prevăzute la alin. 2, este prezentat în anexa nr. 4.

Art. 18. - (1) Implementarea măsurilor din planul individualizat de asistenţă se face în mod integrat, prin participarea unuia sau mai multor furnizori de servicii.

(2) Coordonarea, monitorizarea şi evaluarea planului de asistenţă se fac de către managerul de caz, la datele şi perioadele stabilite.

(3) Monitorizarea şi evaluarea implementării măsurilor din planul individualizat de asistenţă se fac de fiecare furnizor de servicii.

Art. 19. - (1) Furnizorii de servicii au obligaţia de a comunica în scris managerului de caz următoarele date:

a) evaluarea măsurilor implementate;

b) nerespectarea oricărei măsuri din planul individualizat de asistenţă, în termen de 24 de ore de la aceasta;

c) nerespectarea condiţiilor de includere în program, de implementare a măsurilor de asistenţă medicală, psihologică şi socială.

(2) După comunicarea prevăzută la alin. (1), managerul de caz reevaluează planul individualizat de asistenţă şi propune continuarea programului cu modificarea planului individualizat de asistenţă sau schimbarea programului.

(3) Modificarea sau completarea planului individualizat de asistenţă se face cu acordul consumatorului, prin semnarea unei anexe la acordul de asistenţă medicală, psihologică şi socială.

Art. 20. - Terminarea unui program are loc în următoarele cazuri:

a) la finalizarea programului;

b) la solicitarea consumatorului, cu semnarea unui document conform modelului prevăzut în anexa 5, după informarea completă asupra consecinţelor;

c) la schimbarea programului, ca urmare a evaluării implementării măsurilor de asistenţă.

Art. 21. - (1) În cazul în care solicitarea de acordare a serviciilor de asistenţă medicală, psihologică şi socială se face de procuror, instituţiile medico-legale sunt obligate să transmită centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog din cadrul Agenției Naționale Antidrog o copie a raportului de expertiză toxicologică, în termen de 5 zile de la dispunerea acesteia de către procuror pentru întocmirea raportului de evaluare.

(2) Procurorul prezintă învinuitului/inculpatului raportul de evaluare şi planul individualizat de asistenţă propus şi îi solicită acordul, potrivit legii.

(3) Despre prezentarea raportului şi despre acordul învinuitului/inculpatului de a intra în program se face consemnare într-un proces-verbal.

(4) În cazul în care învinuitul/inculpatul îşi dă acordul pentru includere în program, o copie a procesului-verbal, a actului de dispoziţie a procurorului şi acordul semnat se trimit centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog pentru punerea în aplicare a planului individualizat.

(5) Respectarea măsurilor din planul individualizat de asistenţă, anexă la acordul semnat, este obligatorie.

(6) În situaţia în care măsura arestării preventive nu este revocată sau înlocuită, învinuitul/inculpatul va fi introdus într-un program derulat la locul de deţinere.

(7) Centrele de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog comunică organului judiciar, periodic sau la cerere, rezultatele monitorizării implementării măsurilor din planul individualizat de asistenţă.

(8) Orice nerespectare a măsurilor din acordul de asistenţă medicală, psihologică şi socială se comunică de îndată de către managerul de caz organului judiciar care procedează conform legii.

Art. 22. - Pentru persoana aflată în stare privativă de libertate, evaluarea se efectuează de personalul centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog la locul de deţinere care asigură condiţiile necesare pentru aceasta.

Art. 23. - (1) Modalitatea de derulare a programelor integrate de asistenţă medicală, psihologică şi socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate se stabileşte prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului justiţiei şi ministrului administraţiei şi internelor.

(2) În cazul în care persoanele prevăzute la alin. (1) necesită tratament imediat, acesta se asigură de către orice unitate medicală competentă, dintre cele desemnate prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului administraţiei şi internelor şi ministrului justiţiei.

Art. 24. - În cazul în care au fost dispuse, potrivit legii, măsurile de siguranţă a obligării la tratament medical sau a internării medicale, furnizorul de servicii care le duce la îndeplinire are următoarele obligaţii:

a) înştiinţarea de îndată a centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în vederea realizării managementului de caz;

b) realizarea procesului de asistenţă medicală, psihologică şi socială, prevăzută la art. 13 alin. (1), cu participarea centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog;

c) prezentarea periodică a raportului de evaluare a implementării planului individualizat de asistenţă, precum şi formularea de recomandări pentru continuarea programului integrat de asistenţă medicală, psihologică şi socială, centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog.

Art. 25. - (1) În situaţii de urgenţă serviciile de asistenţă se acordă imediat în unităţile medicale de specialitate, în condiţiile legii.

(2) După încetarea stării de urgenţă consumatorul va fi îndrumat către un centru de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în vederea asigurării managementului de caz, concomitent cu informarea acestuia asupra serviciilor acordate.

(3) Informarea se face pentru fiecare consumator căruia i s-a acordat asistenţă, conform foii standard de urgenţă, prevăzută în anexa nr. 8.

Art. 26. - (1) Dacă solicitarea pentru acordarea de servicii de asistenţă se adresează unui alt furnizor de servicii de asistenţă decât centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, acesta va proceda după cum urmează:

a) dacă are resursele necesare, va realiza procesul de acordare a serviciilor de asistenţă medicală, psihologică şi socială potrivit art. 13 alin. (1), cu consultarea centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog;

b) dacă în urma evaluării consumatorului constată că nu are resursele necesare ducerii la îndeplinire a planului individualizat de asistenţă, va îndruma consumatorul către un centru de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în vederea realizării procesului de asistenţă medicală, psihologică şi socială adecvat, potrivit art. 13 alin. (1).

(2) În cazul prevăzut la alin. (1) lit. a) furnizorul de servicii are obligaţia de a transmite centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, pentru toţi consumatorii care le-au solicitat servicii direct, următoarele documente:

a) raportul de evaluare prevăzut la art. 14 alin. (5);

b) acordul de asistenţă medicală, psihologică şi socială;

c) planul individualizat de asistenţă;

d) raportul de evaluare a evoluţiei;

e) recomandările făcute, la finalizarea serviciilor furnizate, pentru continuarea programului.

(3) La finalizarea serviciilor acordate potrivit alin. (1) lit. a), consumatorul va fi îndrumat către un centru de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în vederea asigurării managementului de caz.

CAPITOLUL V
Furnizorii de servicii

Art. 27. - (1) Furnizorii de servicii medicale, psihologice şi sociale pentru consumatori sunt persoanele publice, private sau mixte, autorizate, care prestează servicii conform standardelor de calitate.

(2) Criteriile şi metodologia de autorizare, precum şi standardele de calitate prevăzute la alin. (1) sunt stabilite prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului muncii, solidarităţii sociale şi familiei şi ministrului administraţiei şi internelor.

(3) Furnizorii publici de servicii pentru consumatori sunt:

a) serviciul public de asistenţă psihosocială, prevenire, evaluare şi consiliere antidrog;

b) serviciul public de asistenţă medicală (de urgenţă, primară, ambulatorie şi de specialitate etc.), potrivit legislaţiei în vigoare;

c) serviciul public de asistenţă socială, potrivit legislaţiei în vigoare;

d) alte servicii publice.

(4) Furnizorii privaţi de servicii pot fi, în condiţiile legii:

a) asociaţii şi fundaţii şi orice alte forme organizate ale societăţii civile;

b) persoane fizice şi juridice autorizate în condiţiile legii;

c) organisme internaţionale care desfăşoară activităţi în domeniu, potrivit legii.

Art. 28. - (1) Furnizorii de servicii de asistenţă pentru consumatori pot încheia convenţii de parteneriat, contracte şi contracte-cadru de servicii medicale.

(2) Convenţiile de parteneriat constituie cadrul de cooperare stabilit în urma negocierilor, în scopul organizării şi dezvoltării serviciilor pentru consumatori şi pentru a se asigura o asistenţă medicală, psihologică şi socială concomitentă.

(3) Convenţia de parteneriat se referă la:

a) responsabilităţile furnizorilor;

b) serviciile implementate de furnizori;

c) contractele de acordare a serviciilor încheiate între diferiţii furnizori;

d) sursele de finanţare şi estimarea nivelului acestora;

e) resurse umane implicate în acordarea serviciilor;

f) sancţiuni.

(4) Contractul de acordare a serviciilor cuprinde în mod obligatoriu: serviciile oferite, natura şi costurile acestora, drepturile şi obligaţiile părţilor, perioada şi condiţiile de furnizare, cu respectarea standardelor de calitate, sancţiuni în cazul nerespectării condiţiilor de calitate.

(5) Contractul-cadru de servicii medicale se încheie cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute de Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 29. - (1) Serviciile se acordă în regim închis, deschis sau mixt în următoarele tipuri de centre:

a) centru de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog din cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog: acordă unul sau mai multe servicii de asistenţă medicală, psihologică şi socială în regim ambulatoriu şi asigură managementul de caz;

b) centru de zi: acordă servicii de asistenţă în regim ambulatoriu, pe o perioadă de 12 ore;

c) centru tip comunitate terapeutică, locuinţă protejată, locuinţă socială şi altele asemenea: acordă servicii de asistenţă în regim hotelier;

d) centru de asistenţă integrată a adicţiilor: acordă unul sau mai multe servicii de asistenţă medicală, psihologică şi socială în regim ambulatoriu;

e) centre, secţii şi compartimente de dezintoxicare de tip spitalicesc: acordă servicii medicale de dezintoxicare într-o structură aprobată de Ministerul Sănătăţii;

f) centru de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri: acordă servicii de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri în regim ambulatoriu sau unităţi mobile;

g) laborator de sănătate mintală cu staţionar de zi;

h) alte categorii de instituţii publice sau private, prevăzute de lege.

(2) Standardele minime obligatorii de organizare şi funcţionare a centrelor sunt stabilite şi actualizate, după caz, prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului muncii, solidarităţii sociale şi familiei şi ministrului adminstraţiei şi internelor.

Art. 30. - (1) Serviciile de asistenţă a consumatorului de droguri sunt furnizate individual şi în echipe interdisciplinare, conform planului individualizat de asistenţă.

(2) Echipa interdisciplinară este stabilită, de comun acord cu furnizorul de servicii, de managerul de caz şi trebuie să cuprindă cel puţin câte un medic, câte un psiholog şi câte un asistent social.

(3) Echipa prevăzută la alin. (2) poate cuprinde şi alte categorii profesionale.

Art. 31. - (1) Personalul implicat în furnizarea de servicii de asistenţă a consumatorului de droguri trebuie să aibă, în afara pregătirii de bază şi autorizării, conform legii, o formare profesională iniţială şi continuă în domeniul drogurilor.

(2) Formarea profesioniştilor care lucrează în domeniul drogurilor se realizează prin programe de formare profesională autorizate de Agenţia Naţională Antidrog, în colaborare cu alte instituţii competente în domeniu.

(3) Criteriile şi metodologia de autorizare a programelor se stabilesc prin decizie a preşedintelui Agenţiei Naţionale Antidrog.

CAPITOLUL VI

Finanţarea serviciilor de asistenţă a consumatorului de droguri

Art. 32. - Serviciile de asistenţă a consumatorului de droguri se finanţează din următoarele surse:

a) bugetul de stat, prin Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog;

b) bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

c) bugetul de stat, prin programele de sănătate ale Ministerului Sănătăţii;

d) donaţii, sponsorizări, alte contribuţii din partea persoanelor fizice sau juridice din ţară ori din străinătate;

e) fonduri externe rambursabile sau nerambursabile;

f) venituri proprii ale Agenţiei Naţionale Antidrog, rezultate ca urmare a încasării contravalorii serviciilor prestate, conform legii.

Art. 33. - De la bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate se finanţează serviciile de asistenţă medicală furnizate pe bază de contract-cadru încheiat de furnizorul de servicii cu casele de asigurări de sănătate în condiţiile prevăzute de Normele metodologice de aplicare a contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 34. - (1) Transmiterea datelor privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, substanţe chimice esenţiale, precursori şi inhalanţi chimici toxici, precum şi a celor privind culturile autorizate de plante ce conţin droguri şi sunt prelucrare în scop licit, în vederea utilizării în industrie şi/sau în alimentaţie, în domeniul medical, ştiinţific ori tehnic sau pentru producerea de sămânţă, Agenţiei Naţionale Antidrog de către instituţiile şi organele prevăzute la art. 26 alin. (1) şi (2) din Legea nr. 143/2000, cu modificările şi completările ulterioare, se face conform unor indicatori specifici pentru fiecare instituţie.

(2) Indicatorii prevăzuţi la alin. (1) şi metodologia de transmitere a datelor se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi ministrului administraţiei şi internelor, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 35. - (1) Evidenţa centralizată a datelor privind consumatorii se face prin următorii indicatori specifici: cerere de tratament ca urmare a consumului de droguri, boli infecţioase asociate consumului de droguri, decese ca urmare a consumului de droguri şi mortalitate în rândul consumatorilor, conform fişelor standard prezentate în anexele nr. 8 şi 9, cu respectarea confidenţialităţii, potrivit legii.

(2) Metodologia de completare a fişelor standard şi de transmitere a datelor prevăzute la alin. (1) se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi ministrului administraţiei şi internelor, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 36. - (1) Indicatorul "Cerere de tratament ca urmare a consumului de droguri" are drept scop obţinerea informaţiilor comparabile şi relevante referitoare la numărul şi caracteristicile consumatorilor care au solicitat servicii de asistenţă.

(2) Datele referitoare la consumatorii incluşi în circuitul terapeutic, obţinute conform alin. (1), sunt centralizate de Observatorul român pe droguri şi toxicomanii din cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog, în Registrul unic codificat privind consumatorii de droguri.

(3) Pentru constituirea registrului prevăzut la alin. (2), managerul de caz transmite datele în format electronic sau pe suport hârtie, la includere, ieşire şi modificare, Observatorului român pe droguri şi toxicomanii.

(4) În vederea transmiterii datelor, managerul de caz completează fişa standard de admitere la tratament.

(5) Consumatorul inclus în circuitul integrat de asistenţă primeşte o legitimaţie în format electronic codificată, eliberată de managerul de caz, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 10.

(6) Legitimaţia prevăzută la alin. (5) se utilizează la accesarea fiecărui serviciu de asistenţă şi permite monitorizarea şi evaluarea periodică a implementării măsurilor din planul individualizat de asistenţă.

(7) Costul legitimaţiei se suportă din bugetul Agenţiei Naţionale Antidrog. În cazul pierderii sau deteriorării, legitimaţia poate fi înlocuită, iar costul acesteia se suportă de consumator.

Art. 37. - (1) Indicatorul "Bolile infecţioase asociate consumului de droguri" are drept scop obţinerea informaţiilor comparabile şi relevante asupra nivelului de infectare a populaţiei consumatoare de droguri cu virusul HIV şi/sau al hepatitelor B şi C, precum şi cu alte boli.

(2) Datele prevăzute la alin. (1), colectate de Ministerul Sănătăţii, sunt transmise semestrial sau la cerere Agenţiei Naţionale Antidrog.

(3) Datele privind indicatorul menţionat la alin. (1) sunt transmise, la solicitarea Agenţiei Naţionale Antidrog, de furnizorii de servicii de asistenţă a consumatorilor, de instituţiile publice şi private care derulează programe adresate consumatorilor şi care îi testează pe aceştia conform legii, pe baza fişelor standard pentru indicatorul "Bolile infecţioase asociate consumului de droguri", menţionate la art. 35.

(4) Datele prevăzute la alin. (3) sunt transmise şi de instituţiile de medicină legală, la solicitarea Agenţiei Naţionale Antidrog.

(5) În scopul obţinerii datelor prevăzute la alin. (1), Agenţia Naţională Antidrog, în colaborare cu Ministerul Sănătăţii, poate efectua studii sau cercetări ştiinţifice.

Art. 38. - (1) Indicatorul "Decese ca urmare a consumului de droguri şi mortalitate în rândul consumatorilor de droguri" are drept scop obţinerea informaţiilor comparabile şi relevante referitoare la numărul şi la caracteristicile legate de decese.

(2) Datele referitoare la indicatorul menţionat la alin. (1) sunt colectate din:

a) Registrul general de mortalitate, din evidenţa Institutului Naţional de Statistică;

b) Registrul special de mortalitate, din evidenţa Observatorului român pe droguri şi toxicomanii.

(3) Registrul special de mortalitate prevăzut la alin. (2) lit. b) este constituit în baza datelor transmise de:

a) managerul de caz, care transmite de îndată orice deces survenit la consumatorii incluşi în programe de asistenţă;

b) instituţiile de medicină legală, care transmit de îndată orice deces cauzat de consumul de droguri sau aflat în legătură cu acesta;

c) sistemul penitenciar, care transmite de îndată orice deces survenit la consumatorii incluşi în programe de asistenţă din sistemul penitenciar;

d) furnizorii de servicii de asistenţă privaţi, care transmit de îndată orice deces survenit la consumatorii incluşi în programe de asistenţă.

(4) Transmiterea datelor pentru indicatorul prevăzut la alin. (1) se face conform fişei standard pentru indicatorul "Decese ca urmare a consumului de droguri şi mortalitate în rândul consumatorilor de droguri", prevăzut la art. 35.

(5) Codificarea cauzelor de deces în registrele menţionate la alin. (2) se realizează în conformitate cu Clasificarea internaţională a maladiilor, ultima ediţie, iar criteriile de selecţie a deceselor, conform indicatorului prevăzut la alin. (1), se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătăţii, ministrului justiţiei, procurorului general şi ministrului administraţiei şi internelor.

Art. 39. - Pentru monitorizarea datelor privind consumul şi consumatorii, instituţiile publice şi private transmit Agenţiei Naţionale Antidrog, la cerere, rezultatele studiilor şi cercetărilor în domeniu.

CAPITOLUL VII
Sancţiuni

Art. 40. - (1) Constituie contravenţie furnizarea de servicii de asistenţă pentru comsumatori fără a deţine autorizaţia prevăzută la art. 27 şi se sancţionează cu amendă de la 10.000 lei (RON) la 15.000 lei (RON).

(2) Constatarea contravenţiei şi aplicarea sancţiunilor se fac de persoanele împuternicite din cadrul Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei şi Agenţiei Naţionale Antidrog.

(3) Dispoziţiile referitoare la contravenţie, prevăzute la alin. (1) şi (2), se completează cu prevederile Ordonanţei Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravenţiilor, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 180/2002, cu modificările şi completările ulterioare.

CAPITOLUL VIII
Dispoziţii tranzitorii şi finale

Art. 41. - Până la data la care consumatorul este evaluat de managerul de caz, legitimaţiile se eliberează de unităţile medicale care furnizează servicii specializate consumatorilor.

Art. 42. - (1) Consumatorilor aflaţi, la data intrării în vigoare a prezentului regulament, într-un program de asistenţă, le sunt continuate serviciile conform planurilor de asistenţă existente.

(2) Pentru consumatorii prevăzuţi la alin. (1), în termen de un an de la data intrării în vigoare a prezentului regulament, furnizorii de servicii îndeplinesc obligaţiile prevăzute la art. 26 alin. (2) şi (3).

Art. 43. - (1) Până la data la care consumatorul este evaluat de către managerul de caz, pentru constituirea registrului menţionat la art. 36 alin. (2), furnizorii de servicii transmit datele, în format electronic sau pe suport hârtie, lunar sau ori de câte ori se impune, Observatorului român pe droguri şi toxicomanii.

(2) În vederea transmiterii datelor conform alin. (1), furnizorii de servicii au obligaţia de a utiliza pentru înregistrarea fiecărui caz fişa standard de admitere la tratament, pusă la dispoziţie, în baza unei solicitări scrise, de Agenţia Naţională Antidrog.

Art. 44. - În termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului regulament, Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, Ministerul Administraţiei şi Internelor, împreună cu ministerele şi celelalte organe ale administraţiei publice centrale, sunt obligate să adopte normele prevăzute în prezentul regulament.

Art. 45. - (1) În termen de 60 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului regulament, ministerele de resort, precum şi celelalte autorităţi ale administraţiei publice competente în domeniu, potrivit legii, sunt obligate să reactualizeze normele adoptate în aplicarea Hotărârii Guvernului nr. 1.359/2000 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) La data expirării termenului prevăzut la alin. (1) ordinele emise în temeiul Hotărârii Guvernului nr. 1.359/2000, cu modificările şi completările ulterioare, se abrogă.

Art. 46. - Anexele nr. 1-10 fac parte integrantă din prezentul regulament.

Art. 47. - Prezentul regulament intră în vigoare în termen de 30 de zile de la publicare.

Art. 48. - Prevederile art. 14 alin. (5) lit. c), ale art. 21 şi 22 şi ale pct. III din anexa nr. 3 intră în vigoare la data intrării în vigoare a prevederilor art. 19^1 şi 19^2 din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA Nr. 1
la regulament

ROMÂNIA

MINISTERUL AGRICULTURII, PĂDURILOR ŞI DEZVOLTĂRII RURALE

Direcţia pentru Agricultură şi Dezvoltare Rurală a Judeţului .....

AUTORIZAŢIA Nr. .....
pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în*): .....

În temeiul art. 8 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare, se autorizează agentul economic:

A. Persoana fizică ....., cu domiciliul în localitatea ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria ... nr. ...., emis/emisă de ..... la data de ....., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

B. Persoana juridică ....., cu sediul în localitatea ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., codul unic de înregistrare ....., reprezentată de ....., în calitate de reprezentant legal, posesor/posesoare al/a B.I./C.I seria ..... nr. ....., emis/emisă de ..... la data de ....., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, pentru activitatea de cultivare a plantelor ce conţin droguri şi care sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în*): .....

Agentul economic autorizat este obligat să anunţe emitentul prezentei autorizaţii despre orice modificare intervenită în documentaţia depusă la autorizare, în termen de 15 zile de la producerea modificării.

Data ..... Director,
.....

*) Se completează, după caz, cu: "în vederea utilizării în industrie şi/sau în alimentaţie", "în domeniul medical, ştiinţific sau tehnic" ori "pentru producerea de sămânţă".

ANEXA Nr. 2
la regulament

CERERE
pentru eliberarea autorizaţiei pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în*):
.....

1. A. Persoana fizică ....., cu domiciliul în localitatea ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria ... nr. ....., emis/emisă de ..... la data de ....., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, solicit eliberarea autorizaţiei pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în*): .....

2. B. Persoana juridică ....., cu sediul în localitatea ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., codul unic de înregistrare ....., reprezentată de ....., în calitate de reprezentant legal, posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria ..... nr. ....., emis/emisă de ..... la data de ....., CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, solicit eliberarea autorizaţiei pentru cultivarea plantelor ce conţin droguri şi sunt prelucrate în scop licit, destinate utilizării în*) .....

3. Deţin suprafaţa de ..... ha, situată în localitatea ....., conform datelor înscrise în Registrul agricol la poziţia .....

4. Scopul culturii: valorificarea culturii, conform Contractului nr. ....., încheiat cu ....., pentru*): .....

Data ..... Semnătura .....

---

*) Se completează, după caz, cu: "în vederea utilizării în industrie şi/sau în alimentaţie", "în domeniul medical, ştiinţific sau tehnic" sau "pentru producerea de sămânţă".

ANEXA Nr. 3
la regulament

AGENŢIA NAŢIONALĂ ANTIDROG

Centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog

sau denumirea furnizorului de servicii

RAPORT DE EVALUARE

Nr. .....
Data .....

I. Date despre consumator:
Numele/prenumele: ..... fiul lui ..... şi al .....,
domiciliat în ....., posesor al B.I./C.I. seria ..... nr. .....
Reprezentant legal (se completează, după caz) .....
Cod consumator .....
Rezumat/Narativ: .....
.....
.....
II. Rezultatul evaluării ariilor, conform art. 14 alin. (2) din Regulamentul de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare:
1. ..... Specialist .....
.....
2. ..... Specialist .....
.....
3. ..... Specialist .....
.....
4. ..... Specialist .....
.....
5. ..... Specialist .....
.....

(Semnătura şi, după caz, parafa specialistului)

III. Expertiza medico-legală .....
.....
.....
.....
IV. Recomandări
1. Lista problemelor pe arii

1. .....
.....
2. .....
.....
3. .....
.....
4. .....
.....
5. .....
.....
2. Program integrat de asistență propus .....
.....
3. Modalități/Intervenții recomandante pentru problemele active:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Criterii:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
5. Planificare:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
6. Furnizori disponibili şi/sau necesari:
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
V. Alte date .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coordonatorul centrului de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog
sau furnizorul de servicii:
.....

Managerul de caz sau Responsabilul cu furnizarea de servicii:
.....

ANEXA Nr. 4
la regulament

ACORD DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ, PSIHOLOGICĂ ŞI SOCIALĂ

Între:

Centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog sau furnizorul de servicii .....

Managerul de caz sau Responsabilul centrului .....

şi

consumator:

Numele/prenumele: .....

BI/CI/Paşaport nr. .....

Cod: .....

Data includerii: .....

Data ieşirii: .....

1. Obiectul acordului:

Art. 1. - Obiectul acordului constă în stabilirea unui cadru de raporturi între consumator şi centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, ca urmare a includerii consumatorului în circuitul integrat de asistenţă.

2. Drepturi şi obligaţii:

Art. 2. - Consumatorul are dreptul:

a) la informaţii cu privire la diferitele servicii şi resurse existente;

b) la informaţii cu privire la procesul terapeutic pe care îl parcurge, în orice fază a acestuia;

c) la asistenţă în cadrul reţelei de asistenţă, adecvată la planul individualizat, şi la includerea pe lista de aşteptare în condiţiile în care unul dintre serviciile selectate este pentru moment ocupat;

d) la alegerea uneia dintre diferitele recomandări propuse de managerul de caz pe baza evaluării şi informării cu rezultatele acesteia sau dreptul de a refuza, ceea ce este echivalat cu consimţământul informat de ieşire din program;

e) la respect faţă de personalitatea, demnitatea şi intimitatea sa;

f) la confidenţialitate faţă de toate informaţiile referitoare la procesul de tratament, în conformitate cu prevederile legale referitoare la protecţia datelor cu caracter personal;

g) la eliberarea unei legitimaţii gratuite care să certifice includerea în program;

h) la participarea familiei sau a unei persoane relevante pentru beneficiar, pe care acesta o consideră utilă în procesul terapeutic, în conformitate cu regulamentul centrului respectiv;

i) la întreruperea voluntară în oricare dintre fazele programului de asistenţă, în condiţiile manifestării consimţământului informat. În cazul învinuitului sau al inculpatului, întreruperea voluntară echivalează cu nerespectarea programului, conform prevederilor art. 19 2 alin. (6) din Legea nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare;

j) la informare în cazul în care unul dintre serviciile din cadrul programului pe care le primeşte face parte dintr-un proiect de cercetare;

k) la informare cu privire la regulamentele de organizare şi funcţionare ale furnizorilor de servicii pe care le accesează.

Art. 3. - Consumatorul are următoarele obligaţii:

a) să respecte măsurile de asistenţă din planul individualizat, anexă la acord;

b) să îndeplinească toate recomandările primite pe parcursul programului;

c) să respecte regulamentul de organizare interioară al furnizorului şi regimul de asistenţă al acestuia;

d) să se supună testelor de prezenţă a drogurilor solicitate şi probelor recomandate pentru stabilirea diagnosticului ori necesare pe parcursul tratamentului;

e) să nu inducă în eroare refuzând sau înlocuind mostre de urină;

f) să participe la măsurile de asistenţă în condiţiile prevăzute în planul individualizat de tratament;

g) să semneze luarea la cunoştinţă cu privire la consecinţele renunţării voluntare la asistenţă, potrivit anexei nr. 5;

h) să răspundă la întrebările care i se pun în desfăşurarea tratamentului şi să ofere cu sinceritate toate datele şi documentele necesare pentru o desfăşurare mai bună a procesului terapeutic;

i) să nu manifeste comportamente agresive fizice ori verbale, să nu posede arme de orice fel, să nu falsifice reţete sau orice alt tip de document, să nu consume droguri în incinta centrelor în care primeşte asistenţa, să nu incite la consum ori trafic de droguri în interiorul acestora, să ofere colaborare pentru buna funcţionare a furnizorului şi pentru menţinerea resurselor materiale şi a mediului;

j) să se angajeze într-o utilizare adecvată a bunurilor la care are acces în cadrul serviciului de asistenţă;

k) să menţină un comportament bazat pe respect, toleranţă, colaborare şi bună convieţuire;

l) să anunţe, în cazul în care solicită orice servicii medicale, că se află în tratament cu antagonist de opiacee;

m) să anunţe managerul de caz şi furnizorii de servicii din program în cazul în care i s-au prescris medicamente de un alt doctor.

Art. 4. - Managerul de caz are drepturile şi obligaţiile prevăzute în Regulamentul de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi următoarele îndatoriri:

a) să manifeste respect faţă de personalitatea, demnitatea şi intimitatea consumatorului;

b) să informeze consumatorul cu privire la diferitele servicii şi resurse existente;

c) să păstreze confidenţialitatea faţă de toate informaţiile referitoare la procesul de tratament, în conformitate cu prevederile legale.

3. Durata

Art. 5. - Durata acordului se adaptează în funcţie de durata planului de asistenţă, prelungindu-se la schimbarea sau la modificarea acestuia.

4. Modificarea şi încetarea acordului

Art. 6. - Acordul se modifică la schimbarea planului individualizat de asistenţă, printr-o anexă la acesta.

Art. 7. - Acordul încetează la ieşirea din program. 5. Sancţiuni

Art. 8. - Neîndeplinirea obligaţiilor conţinute în prezentul acord atrage schimbarea programului de asistenţă, a furnizorului de servicii sau a planului de asistenţă şi, după caz, răspunderea administrativă, civilă sau penală, potrivit legii.

Managerul de caz/Responsabilul centrului, Consumator,
....

DISPOZIŢII SPECIFICE
pentru substituţia cu agonişti de opiacee

(acordul se va completa cu următoarele prevederi)

Drepturi şi obligaţii ale consumatorului:

a) să prezinte la fiecare administrare BI/CI, paşaportul şi/sau legitimaţia în format electronic;

b) să i se administreze agonistul în prezenţa personalului;

c) să respecte orarul stabilit pentru administrarea agonistului; în caz contrar nu i se va elibera medicaţia;

d) să i se elibereze agonistul pentru administrare la domiciliu, în cazul în care echipa terapeutică consideră că această măsură este recomandabilă;

e) să anunţe furnizorii de servicii medicale că se află în tratament cu agonist de opiacee, în cazul în care solicită astfel de servicii;

f) să anunţe managerul de caz şi furnizorii de servicii din program în cazul în care i s-au prescris medicamente de un alt doctor;

g) să justifice cu documente toate absenţele de la administrarea de agonist sau de la altă măsură din planul individualizat de asistenţă;

h) să nu consume alte substanţe psihoactive fără recomandare medicală;

i) în cazul în care solicită suspendarea acestui tratament în orice moment, să i se aducă la cunoştinţă consecinţele acestei decizii şi să se supună dezintoxicării sub control medical;

j) să semneze consimţământul informat de includere în programul de menţinere cu agonist de opiacee.

Neprezentarea la administrarea de metadonă, fără o cauză justificată, timp de 7 zile consecutive sau 10 zile alternative, într-o perioadă de 30 de zile, poate fi considerată ca abandon.

PLAN INDIVIDUALIZAT DE TRATAMENT

1. Date despre consumator: Numele/prenumele ..... cod .....
2. Data admiterii: (semnarea acordului) ..... Program integrat de asistenţă: .....
.....
3. Data de începere a planului: .....
4. Prezentarea problemelor pe arii:
   Nr. 1 (istoric personal şi de consum, semne de intoxicaţie/sevraj)
   Nr. 2 (medical)
   Nr. 3. (psihologic/motivaţie)
   Nr. 4 (social/familial)
   Nr. 5 (juridic)

PUNCTE TARI PUNCTE SLABE
5. Scop: .....

6. Obiective:	Data la care se aşteaptă să fie atinse obiectivele
1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....

Numărul	Data	Metode (Servicii)	Cantitatea	Frecvenţa	Durata obiectivului
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

ANEXA Nr. 5
la regulament

ACORD
de ieşire la cerere, împotriva recomandării profesionistului

CONSIMŢĂMÂNT INFORMAT

Numele/prenumele: ..... CI/BI ....., cu domiciliul în .....,
planul individualizat de asistenţă .....
Serviciul/Furnizorul .....
Data .....

Acest document certifică faptul că subsemnatul, ..., părăsesc tratamentul de la data ....., la insistenţele mele şi împotriva recomandărilor specialiştilor ..... .
(denumirea furnizorului)
Am fost informat cu privire la riscurile pe care le implică ieşirea din tratament în acest moment. Îmi asum responsabilitatea pentru orice consecinţă negativă care ar putea apărea ca urmare a ieşirii premature din tratament.
Am înţeles că orice solicitare ulterioară pentru readmiterea în .....
(denumirea programului)
va necesita evaluarea şi hotărârea echipei de tratament.
Prin semnarea prezentului, responsabilitatea deciziei îmi aparţine şi astfel echipa multidisciplinară/specialistul ..... este exonerată/exonerat de orice responsabilitate.

Semnătura: .....
Martor .....
Data .....

ANEXA Nr. 6
la regulament

PROGRAME INTEGRATE DE ASISTENȚĂ (PIT)

Program integrat de asistenţă 1: Program drog 0 de intensitate mică
Obiective:
1. dobândirea şi/sau menţinerea abstinenţei;
2. îmbunătăţirea integrării familiale, sociale şi profesionale;
3. ameliorarea problemelor psihoemoţionale şi de comportament şi optimizarea dezvoltării personale;
4. dezvoltarea sau redobândirea abilităţilor sociale;
5. stimularea includerii în activităţi profesionale, sportive, culturale.
Servicii:
1. servicii medicale de bază şi specializate; vaccinare;
2. susţinerea abstinenţei cu antagonişti de opiacee;
3. servicii de consiliere psihologică şi/sau psihoterapie în scopul dezvoltării motivaţiei, scăderii rezistenţei la tratament sau creşterii acceptării acestuia;
4. servicii de consiliere psihologică pre- şi posttestare HIV, hepatită B şi C şi asupra practicării sexului protejat;
5. testarea prezenţei drogurilor;
6. servicii de consiliere psihologică şi/sau psihoterapie în scopul ameliorării problemelor psihoemoţionale şi de comportament şi al optimizării dezvoltării personale;
7. servicii de asistenţă socială;
8. consiliere juridică;
9. activităţi de informare, terapie educaţională şi vocaţională în scopul creşterii autonomiei şi valorii sociale individuale, al dezvoltării responsabilităţii şi recâştigării abilităţilor sociale;
10. educare-formare pentru dobândirea unor norme de coabitare, formare profesională: îmbogăţirea cunoştinţelor, obiceiurilor şi tehnicilor profesionale;
11. consiliere pentru dezvoltarea abilităţilor de căutare şi obţinere a unui loc de muncă;
12. educare şi formare pentru obţinerea unui nivel educativ, cultural şi relaţional suficient pentru a conştientiza şi participa la viaţa socială şi a accesa servicii de sprijin comunitar.

Program integrat de asistenţă 2: Program drog 0
Obiective:
1. întreruperea consumului de droguri sub control medical şi menţinerea abstinenţei;
2. îmbunătăţirea integrării familiale, sociale şi profesionale;
3. ameliorarea problemelor psiho-emoţionale şi de comportament şi optimizarea dezvoltării personale;
4. dezvoltarea sau redobândirea abilităţilor sociale;
5. stimularea includerii în activităţi profesionale, sportive, culturale.
Servicii:
În plus faţă de serviciile oferite în PIT 1 pot fi oferite următoarele:

- dezintoxicare substitutivă sau non-substitutivă, în ambulator sau în regim spitalicesc.

Program integrat de asistenţă 3: Program drog 0 cu stabilizare

Obiective:

1. pregătirea pentru abstinenţă. Stabilizare biomedicală, psihologică, socială, juridică în vederea obţinerii abstinenţei;

2. crearea condiţiilor de bază pentru îmbunătăţirea calităţii vieţii;

3. întreruperea consumului de droguri sub control medical şi menţinerea abstinenţei;

4. îmbunătăţirea integrării familiale, sociale şi profesionale;

5. stimularea includerii în activităţi profesionale, sportive, culturale.

Servicii:

În plus faţă de serviciile oferite în PIT 1 pot fi oferite următoarele:

1. servicii medicale specializate pentru afecţiuni coexistente şi/sau cauzate de consum şi care necesită o intervenţie imediată;

2. servicii psihologice sau psihiatrice specializate pentru tulburări coexistente şi/sau cauzate de consum şi care necesită o intervenţie imediată;

3. servicii sociale şi juridice specializate pentru condiţii coexistente şi/sau cauzate de consum şi care necesită o intervenţie imediată.

Program integrat de asistenţă 4: Program de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri

a) Program substitutiv cu agonişti de opiacee

Obiective:

1. înlocuirea drogului consumat cu un substitut opiaceu controlat medical;

2. îmbunătăţirea calităţii vieţii;

3. îmbunătăţirea integrării familiale, sociale şi profesionale;

4. reducerea riscului de infectare cu HIV, hepatita B şi C, tuberculoză, BTS-uri etc.;

5. reducerea consumului de alte substanţe.

Servicii:

În plus faţă de serviciile oferite în PIT 1 (mai puţin pct. 2) pot fi oferite următoarele:

1. prescriere şi eliberare de metadonă;

2. servicii de consiliere psihologică în scopul practicării unui consum fără risc.

b) Program de schimb de seringi şi sau alte măsuri adresate reducerii riscurilor

Obiective:

1. intrarea în contact şi atragerea populaţiei din afara reţelei de tratament;

2. asigurarea vigilenţei epidemiologice; reducerea incidenţei infecţiilor cu transmitere pe cale sanguină sau sexuală (HIV, hepatita B şi C, BTS, tuberculoză);

3. reducerea impactului şi consecinţelor negative rezultate în urma consumului;

4. diminuarea conflictualităţii sociale şi a incidenţelor judiciare;

5. facilitarea practicilor de injectare sigure;

6. facilitarea schimbării căii de administrare, în sensul scăderii riscului de transmitere a infecţiilor pe cale sanguină;

7. facilitarea stabilizării şi/sau creşterea motivaţiei pentru schimbare, în scopul iniţierii unui tratament adecvat.

Servicii:

În plus faţă de serviciile oferite în PIT 1 pot fi oferite următoarele:

1. material steril de injectare şi schimb de seringi;

2. prezervative;

3. intervenţii în criză, asistenţă medicală, psihologică şi socială de bază, vaccinări;

4. depistarea patologiilor asociate şi facilitarea trimiterii către servicii specializate;
5. informare şi/sau servicii de consiliere psihologică în scopul practicării sexului protejat şi al unui consum fără risc;
6. activităţi de informare cu privire la serviciile de asistenţă medicală, psihologică şi socială existente;
7. acoperirea necesităţilor de bază: alimentaţie, igienă, îmbrăcăminte, odihnă.

ANEXA Nr. 7
la regulament

CRITERII
de orientare într-un program integrat de tratament

Pentru includerea în unul dintre cele 4 programe sunt necesare unul sau mai multe din criteriile enumerate la fiecare arie. Acestea au caracter orientativ pentru selecţia programului adecvat profilului fiecărui consumator. Acolo unde criteriile sunt similare sau opuse, se va lua în considerare aria potrivită cazului şi orientarea se va face pe baza cumulului criteriilor particulare ale consumatorului de pe toate ariile.

Program integrat de tratament 1 - Criterii de orientare

Descriere: Risc minim în toate ariile

Aria 1: Istoric personal şi de consum, semne de intoxicaţie şi/sau sindrom de abstinenţă:
1. istoric scurt de consum;
2. monodependenţă;
3. istoric recent de administrare intravenoasă;
4. absenţa consumului de droguri în ultimele două săptămâni, dar există potenţial de recădere şi necesită asistenţa de prevenire a recăderilor;
5. consum de droguri cu potenţial mic de dependenţă;
6. nu prezintă risc de sevraj;
7. nu este necesar un management medical pentru consumul de droguri;
8. nu este necesară dezintoxicarea.

Aria 2: Condiţii biomedicale şi complicaţii:
1. fără condiţii medicale cronice;
2. starea de sănătate nu a fost afectată de consum;
3. existenţa unor condiţii biomedicale care pot fi vindecate sau care nu interferează cu procesul de recuperare;
4. există condiţii medicale pentru care este necesară supervizarea medicală, dar nu este necesară monitorizarea zilnică.

Aria 3: Condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii. Acceptarea/rezistenţa la tratament. Potenţial de recădere, continuare a consumului, alte probleme:
1. fără condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii;
2. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive, dar care nu interferează cu procesul de recuperare;
3. risc absent sau redus pentru sine sau alţii;
4. există condiţii psihologice sau psihiatrice care pot fi abordate eficient în PIT 1;
5. există condiţii psihologice care necesită monitorizare atentă în regim închis;
6. conştientizarea problemei şi dorinţa de angajare în tratament;
7. grad de conştientizare şi/sau de motivare care necesită asistenţă structurată, de intensitate medie ori mare;

8. risc redus de recădere;
9. potenţial de recădere care face necesară asistenţa în regim închis.
Aria 4: Condiţii sociale şi familiale:
1. mediu suportiv;
2. mediul nu interferează cu procesul de acordare a asistenţei sau de recuperare;
3. mediul nu este suportiv, dar asistenţa poate creşte abilităţile de a face faţă dorinţei imperioase de consum;
4. mediu nesuportiv sau care interferează cu procesul de recuperare şi este necesară acordarea asistenţei în regim închis.
Aria 5: Situaţia juridică
Program integrat de tratament 2 - Criterii de orientare
Descriere: Risc minim de intoxicaţie acută severă, sindrom de abstinenţă abordabil medical imediat şi risc minim în aria biomedicală, dar cu risc moderat în orice altă arie
Aria 1: Istoric personal şi de consum, semne de intoxicaţie şi/sau sindrom de abstinenţă:
1. istoric mediu sau scurt de consum;
2. monodependenţă;
3. perioade de abstinenţă semnificative (60 de zile) în istoric;
4. consum de droguri în ultimele două săptămâni;
5. recădere recentă;
6. risc minim de sevraj sever şi există surse externe pentru administrarea medicaţiei şi monitorizare în sistem ambulatoriu;
7. semne curente ale sindromului de abstinenţă moderat-sever, care necesită medicaţie şi monitorizare în regim închis.
Aria 2: Condiţii biomedicale şi complicaţii:
1. absenţa antecedentelor medicale sau condiţii biomedicale stabilizate;
2. starea de sănătate nu este grav afectată de consum;
3. existenţa unor condiţii biomedicale care pot fi vindecate sau nu interferează cu procesul de recuperare;
4. există condiţii medicale pentru care este necesară supervizarea medicală, dar nu este necesară monitorizarea zilnică.
Aria 3: Condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii. Acceptarea/rezistenţa la tratament. Potenţial de recădere, continuare a consumului, alte probleme:
1. există condiţii psihologice sau psihiatrice care pot fi abordate eficient în PIT 2 în timpul dezintoxicării;
2. există condiţii psihologice care necesită monitorizare atentă în regim închis după dezintoxicare;
3. condiţii psihologioce instabile, care necesită monitorizare structurată, dar nu influenţează dezintoxicarea;
4. risc absent sau redus pentru sine sau pentru alţii;
5. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive, dar care nu interferează cu procesul de recuperare;
6. fără condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii;
7. potenţial de creştere a motivaţiei, dacă sunt oferite intervenţii suplimentare;
8. istoric de noncomplianţă la dezintoxicare ambulatorie şi necesită asistenţă în regim închis;
9. conştientizarea problemei şi dorinţa de angajare în tratament;
10. necesită asistenţă pentru prevenirea recăderilor;
11. risc redus-mediu de recădere; potenţial de recădere care face necesară asistenţa în regim închis.
Aria 4: Condiţii sociale şi familiale:

1. mediu în care asistența poate creşte abilităţile de a face faţă dorinţei imperioase de consum;

2. mediu nesuportiv sau care interferează cu procesul de recuperare şi este necesară acordarea asistenței în regim închis, iar măsurile pot restabili condiţiile necesare reabilitării;

3. mediul nu interferează cu procesul de acordare a asistenței sau de recuperare;

4. mediu suportiv care permite administrarea medicaţiei şi monitorizarea dezintoxicării în ambulatoriu.

Aria 5: Situația juridică

Program integrat de tratament 3 - Criterii de orientare

Descriere: Risc mediu-crescut de intoxicație acută severă, sindrom de abstinență de severitate moderată/crescută neabordabil medical imediat sau risc moderat în aria biomedicală sau psihoemoțională plus risc crescut în orice altă arie.

Aria 1: Istoric personal şi de consum, semne de intoxicație şi/sau sindrom de abstinență:

1. istoric mediu sau scurt de consum;

2. monodependență/polidependență ce poate fi stabilizată;

3. istoric de consum de alte droguri/medicamente;

4. perioade de consum compulsiv semnificative;

5. risc de sevraj moderat-sever;

6. semne curente ale sindromului de abstinenţă care necesită medicaţie şi monitorizare după stabilizare;

7. istoric de consum îndelungat care permite dezintoxicarea după stabilizare.

Aria 2: Condiţii biomedicale şi complicaţii:

1. starea de sănătate este grav afectată de consum şi necesită stabilizare;

2. existența unor condiţii biomedicale, dar acestea pot fi vindecate/stabilizate înaintea şi/sau în timpul procesului de recuperare, pentru a nu interfera cu acesta;

3. există condiţii medicale pentru care este necesară supervizarea medicală, dar nu este necesară monitorizarea zilnică;

4. afecţiuni medicale în tratament, care pot interfera cu medicaţia pentru dezintoxicare şi necesită consult interdisciplinar;

5. absența condițiilor biomedicale.

Aria 3: Condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii. Acceptarea/rezistența la tratament. Potențial de recădere, continuare a consumului, alte probleme:

1. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive care interferează cu procesul de recuperare şi necesită stabilizare înaintea dezintoxicării;

2. există condiţii psihologice sau psihiatrice care necesită monitorizare atentă în regim închis înainte de dezintoxicare;

3. condiţii psihiatrice sau psihologice care necesită stabilizare înaintea dezintoxicării;

4. există condiţii psihologice sau psihiatrice care pot fi abordate eficient în PIT 3;

5. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive, dar care nu interferează cu procesul de recuperare;

6. risc pentru sine sau pentru alţii, care necesită stabilizare înaintea dezintoxicării;

7. fără condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii;

8. rezistență la tratament; necesită asistență pentru creşterea motivației înainte de intrarea în tratament;

9. grad redus sau absent de conştientizare şi/sau motivare; necesită asistență structurată, de intensitate medie sau mare, pentru intrarea în tratament;

10. istoric de noncomplianță ce necesită asistență în regim închis;

11. conştientizarea problemei şi dorința de angajare în tratament;

12. potențial de recădere care face necesară asistența în regim închis;

13. istoric de recădere la o intensitate mai redusă a intervenţiilor;

14. necesită asistenţă pentru prevenirea recăderilor;
15. risc redus de recădere.
Aria 4: Condiţii sociale şi familiale:
1. mediul nu este suportiv, dar asistenţa poate creşte abilităţile de a face faţă dorinţei de consum;
2. mediu nesuportiv sau care interferează cu procesul de recuperare şi este necesară acordarea asistenţei în regim închis;
3. necesită suport social minim înaintea intrării în tratament;
4. mediul nu interferează cu procesul de acordare a asistenţei sau de recuperare;
5. mediu suportiv care permite administrarea medicaţiei şi monitorizarea dezintoxicării în ambulatoriu.
Aria 5: Situaţia juridică
Program integrat de tratament 4 - Criterii de orientare
Descriere: Risc sever datorat intoxicaţiei/sevrajului sau semnelor/simptomelor biomedicale sau emoţionale/comportamentale
Aria 1: Istoric personal şi de consum, semne de intoxicaţie şi/sau sindrom de abstinenţă:
1. vârsta peste 18 ani;
2. consum de heroină;
3. testare pozitivă pentru heroină sau metadonă;
4. istoric lung de consum în cantitate mare;
5. polidependenţă;
6. consum de opiacee intravenos în ultimul an;
7. risc de sevraj sever;
8. eşecuri repetate în programe drog 0;
9. perioade semnificative de consum compulsiv;
10. multiple episoade de recădere.
Aria 2: Condiţii biomedicale şi complicaţii:
1. starea de sănătate este grav afectată de consum şi necesită menţinere;
2. există unele condiţii biomedicale, dar acestea pot fi vindecate înaintea şi/sau în timpul procesului de recuperare şi nu interferează cu menţinerea;
3. există condiţii medicale severe în legătură sau nu cu consumul de heroină, pentru a căror stabilizare este necesară intrarea într-un program de menţinere cu agonişti de opiacee;
4. sarcina apărută la o consumatoare de heroină.
Aria 3: Condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii. Acceptarea/rezistenţa la tratament. Potenţial de recădere, continuare a consumului, alte probleme:
1. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive care interferează cu procesul de recuperare şi necesită menţinere cu agonişti;
2. condiţii psihiatrice sau psihologice care necesită intrarea într-un program de menţinere cu agonişti de opiacee;
3. risc pentru sine sau alţii, care necesită menţinere cu agonişti;
4. există condiţii psihologice sau psihiatrice importante;
5. există condiţii psihologice sau psihiatrice care pot fi abordate în PIT 4;
6. există tulburări emoţionale şi/sau cognitive, dar care nu interferează cu procesul de recuperare;
7. fără condiţii psihologice sau psihiatrice şi complicaţii;
8. rezistenţă la tratament; necesită asistenţă pentru creşterea motivaţiei înaintea şi în timpul tratamentului;
9. grad redus sau absent de conştientizare şi/sau motivare; necesită asistenţă structurată, de intensitate medie sau mare;

10. istoric de noncomplianţă ce necesită asistenţă în regim închis;
11. conştientizarea problemei şi dorinţa de angajare în tratament de menţinere;
12. risc crescut de recădere;
13. potenţial de recădere care face necesară asistenţa în regim închis;
14. istoric de recădere la o intensitate mai mică a intervenţiilor.

Aria 4: Condiţii sociale şi familiale:

1. mediu nesuportiv sau care interferează cu procesul de recuperare şi este necesară acordarea asistenţei în regim închis;
2. necesită suport social;
3. mediul nu este suportiv, dar asistenţa poate creşte abilităţile de a face faţă dorinţei de consum;
4. mediul nu interferează cu procesul de acordare a asistenţei sau de recuperare;
5. mediu suportiv care permite administrarea medicaţiei şi monitorizarea menţinerii în ambulatoriu.

Aria 5: Situaţia juridică

ANEXA Nr. 8
la regulament

FOAIE INDIVIDUALĂ DE URGENŢĂ
pentru consumul de droguri

1. Numărul fişei clinice de urgenţă
2. Numărul de identificare al spitalului
3. Data admiterii în urgenţă
4. Codul
5. Sexul
- **1.** Bărbat
- **2.** Femeie

3. Neidentificat
6. Data naşterii
7. Locul naşterii
- **1.** Născut în România
- **2.** Născut în altă ţară

8. Cetăţenia
9. Etnia
10. Judeţul de reşedinţă
11. Municipiul de reşedinţă
12. Condiţia legală a pacientului
- **1.** Deţinut
- **2.** Nu este deţinut sau fără referinţe la condiţia legală
- **3.** Necunoscută

13. Diagnosticul de urgenţă
- 13a)
- 13b)
- 13c)

14. Denumirea drogurilor care se menţionează în fişa clinică
- 14a)

14b)
14c)
14d)
14e)
14f)

15. Calea de administrare

1. Orală
2. Inhalare
3. Intranazală
4. Parenterală
5. Intravenoasă
6. Altele
7. Necunoscută

16. Evidențe ale relației directe dintre consumul de droguri şi urgența menționată de către medic

1. Da
2. Nu

17. Denumirea drogurilor pe care medicul le-a relaționat cu urgența din fișa clinică

17a)
17b)
17c)
17d)

ANEXA Nr. 9a)
la regulament

FOAIE INDIVIDUALĂ
de admitere la tratament pentru consumul de droguri

1. Numărul foii de observaţie
2. Data admiterii la tratament
3. Data externării
4. Numărul de identificare al centrului
5. Codul
6. Sexul
- **1.** Bărbat
- **2.** Femeie
- **9.** Neidentificat

7. Data naşterii
8. Locul naşterii
- 8a) Născut în România: judeţul
- 8b) Născut în altă ţară

9. Cetăţenia
10. Etnia
11. Judeţul de reşedinţă
12. Municipiul de reşedinţă
13. Tipul contractului
- **1.** Pacient nou
- **2.** Pacient vechi
- **9.** Nespecificat

14. Aflat sub tratament la altă unitate
- **1.** Da
- **2.** Nu
- **9.** Nespecificat

15. Drogul principal pentru care este admis la tratament
16. Frecvenţa consumului drogului principal în ultimele 30 de zile anterioare admiterii la tratament
- **1.** În fiecare zi
- **2.** 4-6 zile/săptămână
- **3.** 2-3 zile/săptămână
- **4.** O zi/săptămână
- **5.** Mai puţin de o zi/săptămână
- **6.** Nu a consumat
- **9.** Necunoscută

17. Anul începerii consumului de droguri
18. Tratament anterior pentru acelaşi drog pentru care se va trata acum
- **1.** Da
- **2.** Nu
- **9.** Necunoscut

19. Calea cea mai frecventă de administrare a drogului principal în ultimele 30 de zile de consum

1. Orală
2. Inhalare (gaze sau vapori)
3. Intranazală
4. Parenterală
5. Intravenoasă
6. Altele
7. Fumat
9. Necunoscută

20. Alte droguri consumate în ultimele 30 de zile înainte de admiterea la tratament

20a)
20b)
20c)
20d)

21. Timpul care a trecut de când şi-a injectat ultima oară orice drog

01. Mai puţin de o oră
02. Mai puţin de 12 ore
03. Mai puţin de 24 de ore
04. Ultima săptămână
05. Ultima lună
06. Ultimele 3 luni
07. Ultimele 6 luni
08. Ultimul an
09. Ultimii 2 ani
10. Peste 2 ani
11. Niciodată injectat
99. Necunoscut

22. Starea HIV, HB, HC

1. Da
2. Nu
9. Nespecificată

22a) Testat pentru HIV
22b) Confirmat HIV
22c) Testat pentru HB
22d) Confirmat HB
22e) Testat pentru HC
22f) Confirmat HC

23. Patologie somatică asociată în mod direct consumului de droguri

1. Hepatită B
2. Hepatită C
3. HIV/SIDA
4. Sifilis
5. Altele

24. Patologie psihiatrică asociată consumului de droguri

1. Schizofrenie
2. Tulburare afectivă
3. Tulburare de personalitate de tip antisocial
4. Tulburare de personalitate de tip borderline

5. Tulburare de personalitate de tip polimorf
6. Tulburare de personalitate de tip emoţional-instabilă
7. Schizofrenie şi alte tulburări psihotice
8. Alte tipuri de tulburări de personalitate
9. Altele
10. Nu

25. Asigurare de sănătate
1. Da
2. Nu

26. Statutul profesional principal în momentul admiterii la tratament
01. Cu contract pe perioadă nedefinită sau liber-profesionist (chiar dacă este în concediu)
02. Cu contract temporar (chiar dacă este în concediu)
03. Lucrează fără salariu pentru familie
04. Şomer, fără să fi lucrat înainte
05. Şomer, a lucrat înainte
06. Handicapat permanent, pensionar
07. Elev
08. Student sau persoană cuprinsă în alte tipuri de formare iniţială sau continuă
09. Realizează exclusiv activităţi casnice
10. Fără ocupaţie
11. În altă situaţie
99. Necunoscut

27. Nivelul maxim de studii complete
01. Nu ştie nici să citească nici să scrie
02. Şcoală primară incompletă
03. Şcoală primară completă
04. Gimnaziu
05. Liceu
06. Şcoală profesională
07. Studii universitare de scurtă durată
08. Studii universitare
09. Altele
99. Necunoscut

28. Vârsta părăsirii şcolii

29. Cine trimite
01. Alt serviciu de tratament al toxicodependenţelor
02. Medic de familie, sistem de asistenţă primară
03. Spital sau alte servicii de sănătate
04. Servicii sociale
05. Penitenciar, centru de internare pentru minori
06. Servicii legale
07. Firma sau angajator
08. Familia sau prietenii
09. Iniţiativă proprie
10. Altele
99. Necunoscut

30. Cu cine a locuit în ultimele 30 de zile înainte de admiterea la tratament
01. Singur/Singură

02. Cu partenerul/partenera
03. Doar cu copiii
04. Cu partenerul/partenera şi copiii
05. Cu părinţii sau cu familia de origine
06. Cu prieteni
07. Cu alţi consumatori
08. Altele
99. Necunoscut

31. Unde a locuit în ultimele 30 de zile premergătoare admiterii la tratament
01. Casă, apartament
02. Penitenciar, centru de internare pentru minori
03. Alte instituţii
04. Pensiuni, hoteluri, cabane
05. Locuinţă instabilă/precară
06. Alte locuri
99. Necunoscut

32. Tratamentul aplicat
01. Dezintoxicare
02. Fără medicaţie
03. Sfătuire, suport
04. Trimitere în alt centru
05. Tratament neiniţiat
06. Substituţie
99. Necunoscut

33. Rezolvarea cazului
01. Externare voluntară
02. În tratament RTS
03. În tratament ZI
04. Externare la cerere
05. Excludere din program
06. Externare

ANEXA Nr. 9b)
la regulament

Oraş .....
Judeţ .....
Unitatea ..... cod unitate .....
Număr foaie observaţie .....

CAZURI
înregistrate de HVC/HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile

Cod pacient .....
Data internării .....
Data externării .....
Sexul:

Feminin
Masculin
Data naşterii .....
Diagnosticul la internare:
HVB
HVC
Ambele
Tipul cazului:
Acut
Cronic
Ambele
Calea de infectare:
Sanguină
Sexuală
Verticală
Necunoscută
Diagnostic confirmat şi prin teste de laborator:
DA ..... pentru HVC-ARN
DA ..... Ag HBe
DA ..... ambele
NU
Utilizarea drogurilor injectabile:
Vreodată
Regulat (în ultimele 12 luni) Nu
Formular completat de .....

ANEXA Nr. 9c)
la regulament

Oraş .....
Judeţ .....
Unitatea ..... cod unitate .....
Număr foaie observaţie .....

PREVALENŢA
infecţiilor cu HIV, HVB/HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile

Cod pacient .....
Data internării .....
Data externării .....
Sex:
Feminin
Masculin
Data naşterii .....
Utilizarea drogurilor injectabile:
Vreodată
Regulat (în ultimele 12 luni)
Nespecificat
Tipul de drog injectat:
Heroină
Alte opiacee (exceptând heroina) ..... se specifică
Nonopiacee (specificaţi) .....
De când se injectează:
Mai mult de 2 ani
Mai puţin de 2 ani
Nu ştiu/nu specifică
Testarea s-a făcut:
Cu consimţământul persoanei
Fără consimţământul persoanei
Testat pentru:
Ag HBs
Anti HBs
Anti HBc
Ac HVC
Ac HIV
Pozitiv pentru:
Ag HBs
Anti HBs
Anti HBc
Ac HVC

Ac HIV
Confirmat pentru:
HVB
HVC
HIV
Produsul testat:
Salivă
Sânge Urină
Altele (specificaţi) .....
Data testării .....
Formular completat de .....

ANEXA Nr. 9d)
la regulament

FIŞĂ
de înregistrare individuală a decesului ca urmare a reacţiei acute la substanţe psihoactive (deces RASP)

1. Numele şi prenumele decedatului
2. BI/CI al/a decedatului
3. Numărul raportului medico-legal sau al autopsiei
4. Numărul fişei toxicologice
5. Numărul de înmatriculare
6. Instituţia de unde se colectează datele
7. Instanţa judecătorească care transmite cazul:
7. a) Judeţul
7. b) Municipiul
8. Localitatea unde a survenit decesul
9. Municipiul unde a survenit decesul
10. Data decesului
11. Cod
12. Sex
13. Data naşterii
14. Vârstă
15. Locul naşterii:
15. a) Născut în România
15. b) Născut în altă ţară
16. Cetăţenie
17. Localitatea de domiciliu
18. Municipiul/judeţul de domiciliu
19. Starea civilă (1. celibatar; 2. căsătorit; 3. separat/divorţat; 4. văduv)
20. Proveniența cadavrului (1. domiciliu; 2. hotel/pensiune; 3. stradă; 4. stabiliment public; 5. spital; 6. penitenciar; 7. alt loc)
21. Criterii clinice de moarte prin reacţie acută datorată consumului de droguri, îndeplinite:
21. a) Evidenţe ale consumului recent de droguri
1. Da 2. Nu
- Dovezi clinice documentate de patologie acută datorată consumului de droguri, imediat înainte de moarte
- Semne fizice ale administrării recente de substanţe psihoactive (intravenos) sau prezenţa resturilor de substanţe psihoactive în cavitatea bucală, fose nazale, stomac etc.
- Prezenţa de substanţe psihoactive sau ustensile (seringi, folie de aluminiu, recipiente de pastile etc.) la locul decesului
- Antecedente privind consumul recent, menţionate de familie, prieteni sau cunoscuţi ori de medicul legist în expertize medico-legale anterioare

21. b) Semne la autopsie compatibile cu moartea prin reacţie acută la droguri
1. Da 2. Nu

21. c) Diagnosticul medico-legal al morţii RAD

1. Da 2. Nu

22. Evidenţe ale suicidului

1. Da 2. Nu

23. Semne recente de injectare IV (mai puţin de o săptămână înaintea morţii)

1. Da 2. Nu

24. Moarte a cărei cauză de bază este o patologie anterioară, complicată prin consumul de droguri

1. Da 2. Nu

25. Anticorpi anti-HIV 1. Pozitiv 2. Negativ

26. Substanţe psihoactive sau metaboliţii detectaţi la analizele toxicologice:

26. a) Substanţe psihoactive sau metaboliţi detectaţi la analizele toxicologice

26. b) Tipul mostrei biologice (0. păr; 1. sânge; 2. urină; 3. bilă; 4. gastric; 5. LCR; 6. viscere; 7. umoare vitroasă; 8. altele; 9. necunoscut)

26. c) Rezultatul cantitativ (în micrograme/ml, exceptând alcoolul în grame/litru)

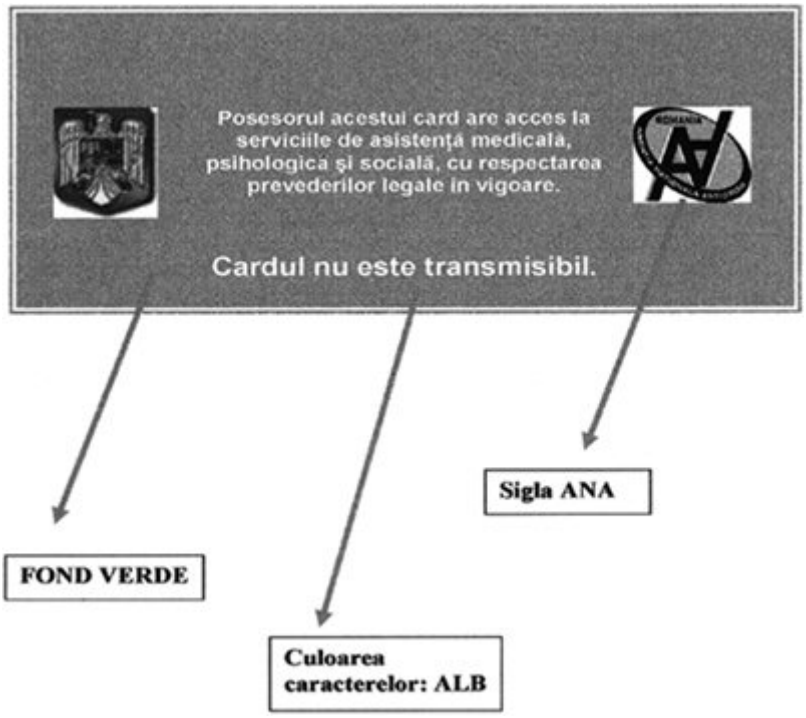
Denumirea instituţiei care a realizat analizele toxicologice adnotate

Denumirea drogurilor consumate imediat înaintea morţii

ANEXA Nr. 10*)
la regulament

---

*) Anexa nr. 10 este reprodusă în facsimil.



L nr. 522 publicat în M.Of. nr. 1155 din data: 12/07/2004

L522/2004

Legea nr. 522 din 24 noiembrie 2004 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri

Parlamentul României

Lege nr. 522
din 24 noiembrie 2004
pentru modificarea şi completarea Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri
Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1155 din 7 decembrie 2004

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

Art. I. - Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 362 din 3 august 2000, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:
1. Titlul legii va avea următorul cuprins:

"LEGE
privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului
ilicit de droguri"

2. Litera h) a articolului 1 va avea următorul cuprins:
"h) consumator - persoana care îşi administrează sau permite să i se administreze droguri, în mod ilicit, prin înghiţire, fumat, injectare, prizare, inhalare sau alte căi prin care drogul poate ajunge în organism;"
3. La articolul 1, după litera h) se introduc literele h1), h2) şi h3) cu următorul cuprins:
"h1) consumator dependent - consumatorul care, ca urmare a administrării drogului în mod repetat şi sub necesitate ori nevoie, prezintă consecinţe fizice şi psihice conform criteriilor medicale şi sociale;
h2) program integrat de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri - totalitatea serviciilor de sănătate şi a serviciilor de asistenţă psihologică şi socială asigurate în mod integrat şi coordonat persoanelor consumatoare de droguri, prin unităţile medicale, psihologice şi sociale, publice, private şi mixte;
h3) circuit integrat de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri - totalitatea programelor integrate de asistenţă asigurate consumatorilor şi consumatorilor dependenţi în vederea ameliorării stării de sănătate în sensul bunăstării fizice, psihice şi sociale a individului."
4. Literele i) şi k) ale articolului 1 vor avea următorul cuprins:
"i) program terapeutic - totalitatea serviciilor şi a măsurilor medicale şi psihologice integrate, individualizate prin evaluare, planificare, monitorizare şi adaptare continuă pentru fiecare consumator dependent, în vederea întreruperii consumului, a înlăturării dependenţei psihice şi/sau fizice şi/sau a reducerii riscurilor asociate consumului;

.....

k) investigatori acoperiţi - poliţiştii special desemnaţi să efectueze, cu autorizarea procurorului, activităţi specifice, în vederea strângerii datelor privind existenţa infracţiunii şi identificarea făptuitorilor, şi acte premergătoare, sub o altă identitate decât cea reală, atribuită pentru o perioadă determinată;"

5. La articolul 1, după litera k) se introduc literele l), m) şi n) cu următorul cuprins:
"l) program psihologic şi social - totalitatea serviciilor de evaluare, consiliere şi psihoterapie individuală sau de grup şi a serviciilor şi măsurilor sociale, individualizate prin evaluare, planificare, monitorizare şi adaptare continuă pentru fiecare consumator în vederea înlăturării dependenţei, reabilitării şi reinserţiei lui sociale;
m) circuit terapeutic - ansamblul de programe terapeutice aplicate consumatorului dependent de droguri în mod complex, multidisciplinar, multisectorial şi continuu, având ca scop ameliorarea stării de sănătate;
n) evaluare - determinarea caracteristicilor psihologice şi sociale ale consumatorului de către centrele de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în vederea includerii şi supravegherii consumatorului într-un program psihologic şi social de către managerul de caz."
6. Articolul 4 va avea următorul cuprins:
"Art. 4. - (1) Cultivarea, producerea, fabricarea, experimentarea, extragerea, prepararea, transformarea, cumpărarea sau deţinerea de droguri de risc pentru consum propriu, fără drept, se pedepseşte cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau amendă.
(2) Dacă faptele prevăzute la alin. (1) privesc droguri de mare risc, pedeapsa este închisoarea de la 2 la 5 ani."
7. La articolul 14 alineatul (1), litera c) va avea următorul cuprins:
"c) drogurile au fost trimise sau livrate, distribuite sau oferite unui minor, unui bolnav psihic, unei persoane aflate într-un program terapeutic ori s-au efectuat alte asemenea activităţi interzise de lege cu privire la una dintre aceste persoane ori dacă fapta a fost comisă într-o instituţie sau unitate medicală, de învăţământ, militară, loc de detenţie, centre de asistenţă socială, de reeducare sau instituţie medical-educativă, locuri în care elevii, studenţii şi tinerii desfăşoară activităţi educative, sportive, sociale ori în apropierea acestora;"
8. La articolul 17, după alineatul (2) se introduce alineatul (3) cu următorul cuprins:
"(3) Sumele rezultate din valorificarea bunurilor confiscate şi banii confiscaţi, conform alin. (1) şi (2), constituie venituri ale bugetului de stat şi se evidenţiază în cont separat în bugetul de stat."
9. Alineatul (3) al articolului 18 va avea următorul cuprins:
"(3) Distrugerea drogurilor se efectuează periodic, prin incinerare sau prin alte mijloace adecvate, de către o societate comercială autorizată, în prezenţa unei comisii formate din câte un reprezentant al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casaţie şi Justiţie, al Ministerului Mediului şi Gospodăririi Apelor, al Agenţiei Naţionale Antidrog, un specialist din cadrul formaţiunii centrale specializate în prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri din Inspectoratul General al Poliţiei Române şi gestionarul camerei de corpuri delicte a aceleiaşi unităţi."
10. La articolul 18, după alineatul (3) se introduce alineatul (4) cu următorul cuprins:
"(4) Cheltuielile ocazionate de distrugerea drogurilor se suportă de proprietar sau de persoana de la care au fost ridicate."
11. Articolul 19 va avea următorul cuprins:
"Art. 19. - În cazul în care un consumator este condamnat la pedeapsa închisorii pentru săvârşirea unei alte infracţiuni decât cele prevăzute la art. 4, instanţa poate dispune includerea acestuia într-un program terapeutic derulat în sistemul penitenciar."
12. La capitolul III "Dispoziţii procedurale", înainte de articolul 20 se introduc articolele 191 şi 192 cu următorul cuprins:
"Art. 191. - (1) În cazul săvârşirii infracţiunilor prevăzute la art. 4, procurorul dispune, în termen de 24 de ore de la începerea urmăririi penale, evaluarea consumatorului de către centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în scopul includerii acestuia în circuitul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri.
(2) După primirea raportului de evaluare, întocmit de centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, în baza expertizei medico-legale în termen de 5 zile, procurorul dispune, cu acordul învinuitului sau inculpatului, includerea acestuia în programul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri.
(3) Dacă împotriva învinuitului sau inculpatului s-a luat măsura arestării preventive, aceasta poate fi revocată sau înlocuită cu altă măsură preventivă.
(4) În toate cazurile, urmărirea penală este continuată potrivit dispoziţiilor Codului de procedură penală.

Art. 192. - (1) Dacă, până în momentul pronunţării hotărârii, inculpatul respectă protocolul programului integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri, instanţa de judecată poate să nu aplice nici o pedeapsă acestuia sau să amâne aplicarea pedepsei.
(2) În cazul în care amână aplicarea pedepsei, instanţa stabileşte în cuprinsul hotărârii data la care urmează să se pronunţe asupra pedepsei, interval de timp care nu poate fi mai mare de 2 ani, corelat cu durata programului integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri.
(3) Intervalul de timp dintre momentul pronunţării hotărârii şi data stabilită de instanţă, potrivit alin. (2), constituie perioadă de probă pentru inculpat.
(4) Pentru învinuitul sau inculpatul care refuză includerea într-un program integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri, se aplică dispoziţiile Codului penal şi ale Codului de procedură penală.
(5) Dacă în perioada de probă inculpatul a respectat programul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri, instanţa poate să nu aplice nici o pedeapsă.
(6) Dacă inculpatul nu respectă programul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri, instanţa poate să amâne încă o dată aplicarea pedepsei, pentru acelaşi termen, şi reincluderea în circuitul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri sau să aplice pedeapsa prevăzută de lege."
13. Articolele 26-29 vor avea următorul cuprins:
"Art. 26. - (1) Formaţiunile centrale specializate în prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei Române, Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră Române, Ministerul Public şi Autoritatea Naţională a Vămilor transmit Agenţiei Naţionale Antidrog datele privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, substanţe chimice esenţiale, precursori şi inhalanţi chimici toxici, necesare întocmirii raportului către Guvernul României şi către organisme internaţionale cu privire la evoluţia şi nivelul traficului şi consumului de droguri în România, precum şi cele necesare elaborării de studii, sinteze şi analize pentru fundamentarea politicilor şi strategiilor de răspuns în lupta antidrog.
(2) În acelaşi scop, Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei şi Ministerul Educaţiei şi Cercetării, precum şi alte instituţii publice sau private acreditate să desfăşoare programe şi activităţi de prevenire a consumului ilicit de droguri transmit datele solicitate de Agenţia Naţională Antidrog, în condiţiile legii.
(3) Instituţiile prevăzute la alin. (2) pot primi, la cerere, datele centralizate de către Agenţia Naţională Antidrog privind drogurile, substanţele chimice esenţiale, precursorii şi inhalanţii chimici toxici, inclusiv rapoarte anuale, sinteze şi analize.
Art. 27. - (1) Consumul de droguri aflate sub control naţional, fără prescripţie medicală, este interzis pe teritoriul României.
(2) Persoana care consumă ilicit droguri aflate sub control naţional poate fi inclusă, cu acordul său, într-un program integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri. Manifestarea acordului de includere în circuitul integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri se face prin semnarea unui document, potrivit regulamentului pentru aplicarea dispoziţiilor prezentei legi.
(3) Stabilirea programului psihologic şi social individualizat se face de către centrul de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog, pe baza evaluării psihologice şi sociale, şi în concordanţă cu rezultatele examinării medicale solicitate unei unităţi medicale, conform criteriilor prevăzute în regulamentul de aplicare a prezentei legi.
(4) Stabilirea programului terapeutic individualizat se face conform protocoalelor de practică, elaborate de Ministerul Sănătăţii, prin structurile sale specializate şi Colegiul Medicilor din România.
(5) Unităţile medicale, în care se desfăşoară programe terapeutice pentru consumatorii dependenţi, transmit centrelor de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog datele necesare în vederea menţinerii continuităţii programului integrat de asistenţă a persoanelor consumatoare de droguri, pe baza unui raport medical.
(6) Programul terapeutic şi programul psihologic şi social se desfăşoară integrat, astfel încât consumatorul şi consumatorul dependent să poată beneficia de o asistenţă medicală, psihologică şi socială concomitentă şi continuă, cu respectarea drepturilor omului şi a drepturilor pacientului, potrivit legii.
Art. 28. - (1) Programele psihologice şi sociale se elaborează de către Agenţia Naţională Antidrog în colaborare, după caz, cu Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei şi

Ministerul Justiţiei şi se pot derula în centre autorizate şi/sau acreditate în acest sens, cu regim deschis sau închis, publice, private sau mixte.
(2) Programele terapeutice se elaborează de către Ministerul Sănătăţii şi se desfăşoară în centre stabilite în acest scop, cu regim deschis sau închis, publice, private sau mixte.
(3) Cheltuielile ocazionate de efectuarea evaluării consumatorului şi de derularea programelor psihologice şi sociale sunt suportate de la bugetul de stat prin bugetul Agenţiei Naţionale Antidrog şi, în funcţie de posibilităţile materiale, de către persoana în cauză, de familie sau de un organism privat, în condiţiile stabilite printr-un ordin comun al ministrului administraţiei şi internelor, al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice.
(4) Cheltuielile ocazionate de aplicarea programului terapeutic individualizat pentru persoanele asigurate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate sunt suportate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate pentru afecţiunile ce decurg din consumul de droguri şi prin programele de sănătate ale Ministerului Sănătăţii şi programele de profilaxie ale Agenţiei Naţionale Antidrog.
(5) În funcţie de posibilităţile materiale, persoana în cauză, familia acesteia sau organisme private pot suporta parţial sau integral contravaloarea serviciilor de evaluare şi cheltuielile ocazionate de participarea la programe psihologice şi sociale, la tarifele şi în condiţiile stabilite prin decizie a preşedintelui Agenţiei Naţionale Antidrog, cu avizul ministerelor interesate.
(6) Sumele încasate de centrele de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog reprezintă venituri extrabugetare ale Agenţiei Naţionale Antidrog, cu titlu permanent, şi se utilizează pentru finanţarea programelor de prevenire a traficului şi consumului ilicit de droguri. Sumele neutilizate la sfârşitul anului se reportează în anul următor cu aceeaşi destinaţie.
(7) Ministrul justiţiei şi ministrul sănătăţii vor stabili, prin ordin comun, măsurile medicale şi educative sau programele care vor fi aplicate consumatorilor de droguri în penitenciare.
Art. 29. - (1) Datele personale ale consumatorilor dependenţi de consumul de droguri, incluşi în programul integrat de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri, beneficiază de confidenţialitate, conform normelor în vigoare.
(2) Evidenţa centralizată a consumatorilor incluşi în circuitul terapeutic se ţine de Observatorul Român de Droguri şi Toxicomanii din cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog, în Registrul unic codificat privind consumatorii de droguri, pe baza datelor comunicate de Ministerul Sănătăţii şi de alte instituţii care coordonează programe terapeutice, psihologice şi sociale, precum şi de centrele stabilite, publice sau private.
(3) Ministerul Sănătăţii, prin direcţiile desemnate, are acces la datele din evidenţa prevăzută la alin. (2).
(4) Persoanei căreia i s-au aplicat măsurile prevăzute la art. 27 şi 28 i se va elibera un certificat nominal sau o legitimaţie în format electronic codificată, în care se vor menţiona: unitatea emitentă, datele de identificare a persoanei în cauză, durata, obiectul şi rezultatul tratamentului, motivul terminării tratamentului, starea sănătăţii persoanei în cauză la începutul şi terminarea tratamentului.
(5) Toate datele referitoare la persoanele supuse programului integrat de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri vor fi distruse după 10 ani de la încetarea supravegherii medicale. În cazul persoanelor supuse de mai multe ori programelor integrate de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri, datele vor fi distruse după 10 ani de la încetarea ultimei perioade de supraveghere medicală."
14. Tabelul nr. I se completează cu următoarele substanţe:
"PMMA = paramethoxymethylamphetamine sau N-methyl-1-(4-methoxyphenil)-2-aminopropane
4-MTA = P-methylthioamphetamine sau 4 methylthioamphetamine
2C-I = 2,5-dimethoxy-4-iodophenethylamine
2C-T-2 = 2,5-dimethoxy-4-ethylthiophenethylamine
2C-T-7 = 2,5-dimethoxy-4-(n)-propylthiophenethylamine
TMA-2 = 2,4,5-trimethoxyamphetamine"
15. Tabelul nr. II se completează cu următoarea substanţă:
"2C-B = 4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine"
16. Tabelul nr. III se completează cu următoarele substanţe:
"GHB = acide y-hydroxybutyric
ZOLPIDEM = N,N,6-trimethyl-2-p-tolylimidazol [1,2=alfa] pyridin-3-acetamide"

17. Tabelele nr. I-IV se completează, la sfârşitul fiecărui tabel, cu următoarele menţiuni:
"- sărurile substanţelor din tabel, atunci când existenţa unor astfel de săruri este posibilă;
- produsele condiţionate - comprimate, drajeuri, soluţii, siropuri etc., stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii, în compoziţia cărora intră substanţele înscrise în prezentul tabel."
Art. II. - Prezenta lege intră în vigoare în termen de 3 luni de la publicare, cu excepţia art. 191 şi 192 din Legea nr. 143/2000, care intră în vigoare la data intrării în vigoare a noului Cod penal.
Art. III. - În termen de 60 de zile de la publicarea prezentei legi Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Administraţiei şi Internelor supun adoptării Guvernului proiectul hotărârii pentru modificarea şi completarea Regulamentului de aplicare a dispoziţiilor Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.359/2000, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 46 din 29 ianuarie 2001, cu modificările şi completările ulterioare.
Art. IV. - Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 362 din 3 august 2000, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi cu cele aduse prin prezenta lege, va fi republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, dându-se textelor o nouă numerotare.

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 şi ale art. 76 alin. (1) din Constituţia României, republicată.

PREŞEDINTELE CAMEREI DEPUTAŢILOR PREŞEDINTELE SENATULUI
VALER DORNEANU NICOLAE VĂCĂROIU

Bucureşti, 24 noiembrie 2004.
Nr. 522.

PLANUL DE ACŢIUNE PENTRU IMPLEMENTAREA STRATEGIEI NAŢIONALE ANTIDROG 2005– 2008

II. REDUCEREA CERERII

Obiectiv general : Menţinerea la un nivel scăzut comparativ cu cel actual al prevalenţei consumului ilicit de droguri şi reducerea într-un mod corelat a prevalenţei consumului de alcool şi tutun în rândul populaţiei generale prin consolidarea măsurilor de prevenire şi prin dezvoltarea sistemului public şi privat de asistenţă medicală, psihologică şi socială

II.1 PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI

Obiectiv general

Conştientizarea şi implicarea întregii populaţii, în special a copiilor şi tinerilor, în programe de prevenire a consumului de droguri, universale, selective şi indicate, în scopul întăririi influenţei factorilor de protecţie şi al reducerii influenţelor factorilor de risc

A. PREVENIRE ÎN ŞCOALĂ

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
*1. **Dezvoltarea unor atitudini şi practici la nivelul întregii populaţii aflată într-o formă de învăţământ, prin intermediul programelor şcolare şi de petrecere a timpului liber, în scopul adoptării unui stil de viaţă sănătos, fără tutun, alcool şi droguri.***	1.1. Implementarea la nivel naţional a Programului "**Educaţie pentru sănătate în şcoala românească**".	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii	
	1.2. Dezvoltarea prioritară în fiecare judeţ a 1-3 proiecte locale de prevenire a consumului de droguri realizate în mediul şcolar în parteneriat cu structuri ale administraţiei publice locale, organizaţii neguvernamentale şi mass-media	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.3. Organizarea de cursuri, seminarii, mese rotunde etc., pe teme de prevenire a consumului de droguri, cu public ţintă specific (profesori, psihopedagogi, profesori diriginţi, părinţi, asistenţi medicali din cadrul unităţilor şcolare etc)	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.4. Implementarea la nivel naţional a Programului	Decembrie 2005 Decembrie	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	Naţional de Educaţie pentru cetăţenie democratică	2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008		Cercetării	
	1.5. Dezvoltarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog în parteneriat cu structurile locale ale instituţiilor implicate în reducerea cererii de droguri a activităţilor de timp liber (manifestări artistice, tehnice şi sportive) desfăşurate în palate şi cluburi ale copiilor, în cluburi sportive şi tabere şcolare, în conformitate cu Calendarul Activităţilor Educative (CAE).	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Autoritatea Naţională pentru Tineret - Agenţia Naţională pentru Sport - Agenţia Naţională pentru Sprijinirea Iniţiativelor Tinerilor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.6. Dezvoltarea de programe alternative pentru petrecerea timpului liber prin intermediul Programului de înfiinţare şi dezvoltare a unei reţele de centre pentru tineret.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.7. Susţinerea /finanţarea de programe /proiecte de şi pentru tineret în cadrul Programului de susţinere a acţiunilor de tineret	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.8.Definirea criteriilor şi elaborarea instrumentelor de evaluare a nevoilor de informare-educare a copiilor şi tinerilor integraţi în mediul şcolar	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.9. Identificarea zonelor prioritare de intervenţie în mediul şcolar, la nivel naţional şi al fiecărui judeţ	Iulie 2006	Iulie 2006	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.10. Acreditarea programelor de formare a cadrelor didactice conform criteriilor de formare profesională	Iulie 2006	Iulie 2006	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
				Naţională Antidrog	
	1.11. Elaborarea şi adoptarea standardelor minime de calitate a programelor de prevenire în şcoală	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.12. Acreditarea programelor de prevenire în domeniul dependenţelor de droguri conform standardelor minime de calitate	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.13. Elaborarea şi actualizarea bazei de date privind programele scolare şi de timp liber, acreditate, implementate şi evaluate.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Septembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Autoritatea Naţională pentru Tineret - Agenţia Naţională pentru Sprijinirea Iniţiativelor Tinerilor	
	1.14. Formarea cadrelor didactice în domeniul educaţiei pentru sănătate şi specific în problematica consumului de droguri şi a altor substanţe cu potenţial de dependenţă	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii	
	1.15. Abordarea problematicii consumului de droguri în cadrul procesului de învăţământ de către cadrele didactice formate	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	1.16. Dezvoltarea anuală de către cadrele didactice a abordărilor sistematice prin Programul Naţional „Educaţie pentru sănătate în şcoala românească" sau prin alte programe, seminarii, mese rotunde şi altele.	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	1.17. Includerea şi dezvoltarea activităţilor de informare, educare şi prevenire antidrog în Programul de înfiinţare şi dezvoltare a unei reţele de centre de tineret şi în Programul de susţinere a	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2008	- Autoritatea Naţională pentru Tineret - Agenţia Naţională pentru Sprijinirea Iniţiativelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	acţiunilor de tineret, cu participarea structurilor administraţiei publice locale.	2008		Tinerilor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.18. Dezvoltarea la nivelul fiecărui judeţ şi sectoarelor municipiului Bucureşti a parteneriatelor public – privat pentru desfăşurarea de acţiuni vizând reducerea consumului de droguri în randul adolescenţilor şi tinerilor.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Agenţia Naţională pentru Sport - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.19. Desfăşurarea anuală în şcolile din zonele prioritare a 1-2 programe de prevenire a consumului de droguri şi dezvoltarea de activităţi preventive punctuale în celelalte unităţi şcolare	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	1.20. Adaptarea conţinutului activităţilor de informare, educare şi comunicare la noile tendinţe privind consumul ilicit de droguri sau alte substanţe.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii	
	1.21. Implementarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog în zonele de intervenţie depistate la risc, în urma evaluării nevoilor sau/şi a cercetărilor naţionale sau locale efectuate, a unui sistem de diagnostic precoce şi monitorizare a consumului de tutun, alcool şi droguri în rândul populaţiei din formele de învăţământ	Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Agenţia Naţională pentru	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
				Sport - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.22. **Desfăşurarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unor proiecte de informare –educare-comunicare cu privire la riscurile asociate consumului de tutun şi alcool**	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.23. **Desfăşurarea anuală de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de campanii de informare-educare –comunicare la nivel naţional şi local pentru marcarea Zilei Mondiale fără Tutun şi a Zilei Naţionale fără Tutun**	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.24. Dezvoltarea anuală de către Centrele de **Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unor proiecte în scopul renunţării la fumat a elevilor şi studenţilor**	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.25. Organizarea de catre Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unei retele de intervenţie preventivă în mediile universitare depistate la risc.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	1.26. Implementarea anuală de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a campaniei „Deschide ochii” în mediile universitare	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	1.27. Dezvoltarea şi implementarea semestrială de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de acţiuni de informare –comunicare în mediile universitare în scopul atragerii către serviciile de consiliere şi asistenţă antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
2. Creşterea influenţei factorilor de	2.1. Implementarea Programului Naţional **„Educaţie pentru Sănătate**	Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
protecţie la vârste mici pentru evitarea sau cel puţin întârzierea debutului consumului de alcool, tutun si droguri	**în şcoala românească**" la nivel naţional în scopul creşterii influenţei factorilor de protecţie la vârste mici pentru evitarea sau cel puţin întârzierea debutului consumului de **alcool, tutun** şi droguri			- Ministerul Sănătăţii	
	2.2. Definirea criteriilor şi elaborarea instrumentelor de evaluare a factorilor de risc şi de protecţie în mediul şcolar	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	2.3. Adoptarea standardelor de elaborare a programelor şcolare de petrecere a timpului liber, de informare, educare şi comunicare în scopul creşterii influenţei factorilor de protecţie pentru consumul de droguri şi alte substanţe în concordanţă cu evaluările/cercetările efectuate la nivel naţional şi/sau local	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	2.4. Desfăşurarea în şcoli de activităţi structurate de informare a **familiei sau aparţinătorilor privind factorii de risc şi de protecţie, individuali şi de grup**	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	2.5. Derularea de intervenţii de limitare a factorilor de risc în rândul populaţiei şcolare prin colaborarea cu autorităţile publice locale şi organizaţii neguvernamentale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	2.6. Desfăşurarea de către efectivele de poliţie şi jandarmerie a unor acţiuni de prevenire a consumului şi traficului de droguri în zonele frecventate de copii şi tineri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor	
3. Sensibilizarea şi educarea populaţiei şcolare în scopul evitării consumului	3.1. Elaborarea unui protocol între Ministerul Educaţiei şi Cercetării şi Agenţia Naţională Antidrog privind includerea în proiectele de prevenire a	Iulie 2005	Iulie 2005	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
experimental /recreaţional de droguri şi trecerii de la acesta la cel regulat	consumului de droguri a unei componente de informare referitoare la consumul recreaţional şi riscul trecerii de la acesta la cel regulat.			Antidrog	
	3.2. Adaptarea şi implementarea programelor şcolare de petrecere a timpului liber, de informare, educare şi comunicare în scopul evitării consumului experimental/recreaţional de droguri şi alte substanţe	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Autoritatea Naţională pentru Tineret - Agenţia Naţională pentru Sport - Agenţia Naţională pentru Sprijinirea Iniţiativelor Tinerilor - Ministerul Sănătăţii	
	3.3. Informarea tinerilor aflaţi în sistemul de învăţământ, în cadrul Programului National „Educatie pentru sănătate în şcoala românească” cât şi prin alte programe acreditate, asupra riscurilor consumului experimental/recreaţional de droguri	Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii	
	3.4. Participarea tinerilor aflaţi în zonele de intervenţie depistate la risc la programe de prevenire şcolară focalizate pe evitarea consumului experimental/recreaţional de droguri şi/sau trecerea de la acest tip de consum la cel regulat	Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii	

B. PREVENIRE ÎN FAMILIE

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Sensibilizarea, conştientizarea şi motivarea părinţilor în vederea implicării active, obiective şi corelate a	1.1. Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog, cu sprijinul inspectoratelor şcolare judeţene şi autorităţilor publice locale, vor organiza cursuri, seminarii, mese rotunde etc., cu public ţintă specific (profesori, psihopedagogi, profesori	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
acestora cu celelalte arii de intervenţie preventivă.	diriginţi, părinţi, asistenţi medicali din cadrul unităţilor şcolare etc.)				
	1.2. Dezvoltarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unei reţele locale de grupuri de suport pentru părinţii copiilor aflaţi în situaţii de risc	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.3. Definirea criteriilor şi elaborarea instrumentelor de evaluare a nevoilor de informare-formare a părinţilor precum şi de stabilire a zonelor prioritare de intervenţie la nivel naţional şi local	Iulie 2006	Iulie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	1.4.Realizarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de hărţi locale privind zonele prioritare de prevenire familială pentru reducerea cererii de droguri	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog	
	1.5. Elaborarea şi implementarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog în cooperare cu autorităţile publice locale şi serviciile deconcentrate ale ministerelor a unor programe orientate spre zonele prioritare de prevenire familială pentru reducerea cererii de droguri	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei -	
	1.6. Derularea anuală de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de campanii de informare a tinerelor mame cu privire la riscurile ce derivă din consumul de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii	
2. Oferirea de	2.1. Includerea în *regulamentul*	Iulie 2005	Aprilie 2005	- Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
programe de prevenire care să permită părinţilor să devină activi în prevenirea consumului de droguri în cadrul familiei.	*de organizare şi funcţionare a instituţiilor de asistenţă socială* a obligaţiei furnizorilor de servicii sociale de a institui masuri de prevenire şi combatere a traficului şi consumului ilicit de droguri.			Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	2.2. Organizarea în scolile care derulează activităţi educative din Programul National „Educatie pentru sanatate în şcoala românească" de acţiuni de motivare a părinţilor în scopul implicării active a acestora în prevenirea consumului de droguri şi alte substanţe	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	2.3. Dezvoltarea de intervenţii active în familie de către parinţii incluşi în programe adresate dezvoltării rolului acestora în prevenirea consumului	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Ministerul Educaţiei şi Cercetării Autoritatea Naţională de Protecţie a Drepturilor Copilului	
3. Dezvoltarea unor programe de formare a părinţilor în vederea creşterii influenţei factorilor de protecţie şi scăderii celor de risc în consumul de droguri.	3.1. Includerea în *Regulamentul de organizare şi funcţionare a instituţiilor de asistenţă socială* a obligaţiei furnizorilor de servicii sociale de a creşte influenţa factorilor familiali de protecţie şi de a diminua factorii familiali de risc pentru consumul de droguri.	Iulie 2005	Iulie 2005	- Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - furnizorii de servicii sociale acreditaţi	
	3.2. Formarea şi acreditarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog în zonele stabilite ca prioritare pentru prevenirea consumului de droguri a	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	unor specialişti abilitaţi în formarea părinţilor în scopul creşterii influenţei factorilor de protecţie şi diminuării celor de risc	2008		-Ministerul Educaţiei şi Cercetării -Autoritatea Naţională de Protecţie a Drepturilor Copilului	
	3.3. Implementarea în zonele stabilite ca prioritare pentru prevenirea consumului de droguri a unor programe de prevenire adresate familiilor în vederea scăderii factorilor de risc şi a creşterii factorilor de protecţie familiali	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Autoritatea Naţională de Protecţie a Drepturilor Copilului	

C. PREVENIRE COMUNITARĂ

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Iniţierea şi derularea de către autorităţile adminstraţiei publice locale a unor proiecte în parteneriat public/privat, de interes local, pentru protecţia comunităţilor proprii, cu sprijinul centrelor judeţene de prevenire, evaluare şi consiliere antidrog si a Autoritatii Naţionale pentru Tineret.	1.1. Implementarea la nivelul fiecărui judeţ şi sector al municipiului Bucureşti a unor servicii de resurse comunitare antidrog in parteneriat public/privat, care să asigure consolidarea comunităţilor locale.	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Sanatatii - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.2. Promovarea şi derularea anuală la nivelul fiecărui judeţ de campanii antidrog pentru protecţia comunităţilor proprii	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.3. Elaborarea şi adoptarea criteriilor si instrumentelor de evaluare a nivelurilor de risc şi de protectie, la nivelul comunităţilor locale	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	1.4. Elaborarea sistemului	Decembrie	Decembrie	- Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	de autorizare şi acreditare a programelor de prevenire şi omologarea materialelor de suport a acestora şi implementarea acestuia prin adoptarea unui ordin comun al instituţiilor implicate	2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	2008	Naţională Antidrog - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.5. Desfăşurarea în toate judetele a unor cursuri de formare pentru monitori de timp liber, sociali şi culturali	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
	1.6. Dezvoltarea şi implementarea în fiecare judeţ a unor proiecte de parteneriat public-privat bazate pe rezultatele obţinute în urma evaluării/cercetării situaţiei consumului de droguri la nivel teritorial	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.7. **Desfăşurarea anuală de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unor campanii pentru promovarea şi respectarea dispoziţiilor legale în domeniul prevenirii şi combaterii consumului de alcool, tutun şi droguri**	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Autoritatea Naţională pentru Tineret - Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului	
	1.8. Realizarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unor activităţi cultural – artistice cu tematica antidrog adresate comunităţilor din comune şi sate (caravane antidrog, festivalul de film la sate,	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Autoritatea Naţională pentru Tineret	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	întâlniri de popularizare a legislaţiei şi de informare a comunităţii, expoziţii şi vernisaje de pictură, caricatură, afişe, postere)			- Ministerul Educaţiei şi Cercetării	
	1.9.Realizarea unor linii telefonice de informare şi consiliere prin intermediul Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- - Agenţia Naţională Antidrog	
2. Stimularea şi sprijinirea de către autorităţile publice locale, inclusiv financiar, a iniţiativelor organizaţiilor neguvernamentale ce desfăşoară activităţi de prevenire a consumului de droguri în comunităţile locale	2.1. Realizarea unei baze de date cu ONG-urile care implementează proiecte de prevenire a consumului de droguri în parteneriat cu Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	2.2. Acordarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de asistenţă tehnică ONG-urilor identificate, în scopul elaborării şi depunerii spre finanţare a proiectelor specifice.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	2.3. Sprijinirea înfiinţării Federaţiei Antidrog a Organizaţiilor Neguvernamentale din România care au ca obiectiv reducerea cererii de droguri	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	2.4. Stabilirea de către autoritatile locale a cadrului de colaborare cu ONG-urile pentru dezvoltarea în comun a programelor de prevenire comunitara	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Iulie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	2.5. Alocarea de **resurse financiare** de către autorităţile administraţiei publice locale în vederea dezvoltării de către organizaţii neguvernamentale a unor proiecte comunitare de prevenire a consumului **de tutun**, alcool şi droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor	
3. Elaborarea şi derularea programelor	**3.1. Elaborarea, adoptarea şi implementarea Programului de Interes**	Decembrie 2006 Decembrie	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
finanţate de la bugetul de stat pentru prevenirea consumului de droguri în arii regionale de interes diferenţiate în raport de numărul consumatorilor, preferinţele de consum, statutul ocupaţional, caracteristicile grupurilor de risc, particularităţi ale dezvoltării economice, turistice, de infrastructură, mediu etc.	**Naţional privind prevenirea consumului de tutun, alcool şi droguri în arii regionale de interes.**	2007 Decembrie 2008		- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Finanţelor Publice	
	3.2. Implementarea în zonele de intervenţie depistate la risc, în urma evaluării nevoilor sau/şi a cercetărilor naţionale sau locale efectuate, a unor programe de prevenire comunitară ce includ activităţi orientate spre reducerea riscului depistat.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională pentru Sport - Autoritatea Naţională pentru Tineret	
4. Iniţierea şi dezvoltarea unor proiecte şi programe adecvate în folosul comunităţilor locale, pentru consolidarea educaţiei civice, culturale şi spirituale, ce se constituie în alternativa de viaţă sănătoasă, cultivarea abstinenţei la consumul de droguri, inclusiv alcool şi tutun, încurajarea formării unui climat social care să împiedice stigmatizarea şi marginalizarea persoanelor afectate de consumul de droguri.	4.1. Dezvoltarea reţelei de suport comunitar de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog în scopul evitării stigmatizării şi marginalizării consumatorilor de droguri	Iulie 2006, Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei -Ministerul Administraţiei şi Internelor -Autoritatea Naţională pentru Tineret - Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului	
	4.2. Elaborarea şi implementarea unor proiecte şi campanii de informare /sensibilizare în scopul prevenirii implicării copiilor în cele mai grave forme de exploatare prin muncă, inclusiv utilizarea copiilor în producţia şi traficul de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului -Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	4.3. Elaborarea şi implementarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de proiecte şi campanii de prevenire a	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	consumului de droguri destinate copiilor /adolescenţilor neşcolarizaţi aflaţi în situaţii de risc (copii fără adăpost, copii romi etc.)	Decembrie 2008		Copilului	
	4.4. Dezvoltarea la nivelul fiecărui judeţ de servicii comunitare de consiliere pentru renunţarea la fumat	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Sănătăţii - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	4.5. Crearea şi dezvoltarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a unor reţele de voluntari în scopul promovării unor alternative de viaţă sănătoasă	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	4.6. Organizarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere, în parteneriat cu administraţia publică locală şi organizaţii neguvernamentale, a unor evenimente cultural-artistice şi sportive cu mesaj antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	4.7. Dezvoltarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere a **unor măsuri de informare a populaţiei generale asupra** riscurilor consumului de tutun, alcool si droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	4.8. Elaborarea şi implementarea la nivel national, de către Agenţia Naţională Antidrog, a unui program anual de prevenire comunitară a consumului ilicit de droguri	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
5. Crearea oportunităţilor şi stimularea participării mass-media la susţinerea, prin mijloace specifice, a	5.1. Organizarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere a unor întâlniri periodice de informare a mass-media în legătură cu activităţile de prevenire a consumului de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
programelor, proiectelor şi **campaniilor antidrog.**					
	5.2. Dezvoltarea unor activităţi la nivel judeţean pentru **limitarea publicităţii la tutun** şi alcool, în conformitate cu legislaţia în domeniu	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
6. Dezvoltarea de programe de informare şi conştientizare a întregii populaţii pentru dobândirea unei atitudini de toleranţă în scopul diminuării marginalizării şi stigmatizării consumatorilor de droguri precum şi a unei atitudini de responsabilitate în prevenirea consumului	6.1. Implementarea anuală a unor campanii de informare şi conştientizare a populaţiei generale în scopul dobândirii unor atitudini de toleranţă şi responsabilitate faţă de consumatorii de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	6.2. Realizarea şi implementarea de către Centrele de Evaluare, Prevenire şi Consiliere Antidrog a unor proiecte de stimulare a implicării comunităţii în domeniul prevenirii consumului de droguri prin organizarea de întâlniri informativ-interactive cu diferite grupuri şi categorii socio-profesionale (asociaţii de proprietari, sindicate, asociaţii profesionale, organizaţii patronale etc.)	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor. - Agenţia Naţională Antidrog	
7. Dezvoltarea unui sistem de evaluare şi monitorizare, integrat şi individualizat al copiilor şi tinerilor aflaţi în situaţii de risc care să favorizeze procesul de	7.1 Elaborarea unui set de indicatori privind situaţiile de risc în debutul consumului de droguri la copii şi tineri	Decembrie 2005 Iulie 2006	Iulie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Sănătăţii	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
maturizare, integrare socială, educaţie şi formare profesională.				- Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului	
	7.2. Încheierea unor protocoale de colaborare cu structurile administraţiei publice locale *care să favorizeze procesul de maturizare, integrare socială, educaţie şi formare profesională a copiilor şi tinerilor aflaţi în situaţii de risc*	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	7.3. Elaborarea unui catalog de programe şi materiale de prevenire care să orienteze comunităţile locale în optimizarea activităţilor proprii	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	7.4. Realizarea anuală de către inspectoratele **judeţene şcolare şi al municipiului Bucureşti, cu sprijinul Centrelor de Evaluare, Prevenire şi Consiliere Antidrog, a unor studii judeţene de evaluare a dimensiunilor fenomenului consumului de tutun, alcool şi droguri în rân**dul populaţiei din comunităţile locale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Agenţia Naţională Antidrog	Finanţare: resurse locale
8. Sensibilizarea, informarea şi responsabilizare a tuturor mediilor de comunicare în masă în vederea transmiterii unor mesaje cu caracter preventiv bazate pe evidenţe ştiinţifice	8.1. Elaborarea unui ghid de bune practici în comunicare în domeniul prevenirii consumului de droguri adresat jurnaliştilor	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sanatatii	
	8.2. Încheierea unui protocol de colaborare cu Consiliul Naţional al Audiovizualului cu privire la monitorizarea şi evaluarea mesajelor antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Consiliul Naţional al Audiovizualului	
9. Dezvoltarea unor programe de informare şi educare	9.1. Elaborarea unor broşuri de informare adresate persoanelor aflate în serviciul militar, in scopul	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
adresate tuturor persoanelor aflate în serviciul militar, precum şi a altor categorii profesionale ce implică responsabilitate şi risc public.	prevenirii consumului de droguri.	Decembrie 2007 Decembrie 2008		- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Apărării Naţionale	
	9.2. Participarea persoanelor aflate în serviciul militar şi alte categorii profesionale ce implică responsabilitate şi risc public la programele de informare-educare în prevenirea consumului de droguri şi a consecinţelor acestuia	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Apărării Naţionale	
10. Extinderea programelor de educaţie pentru promovarea unui stil de viaţă sănătos şi pentru prevenirea consumului de droguri în rândul tuturor persoanelor aflate în penitenciare	10.1. Creşterea gradului de conştientizare a factorului de decizie, cu privire la vulnerabilitatea crescută a deţinuţilor, faţă de consumul de droguri	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	10.2. Dezvoltarea în penitenciare de programe şi activităţi preventive cu privire la consumul de droguri şi consecinţele acestuia	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	10.3. Elaborarea tematicii de pregătire pentru prevenirea consumului de droguri în rândul persoanelor aflate în penitenciare	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	10.4. Implementarea programei de formare a specialiştilor din sistemul penitenciar	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor	
	10.5. Elaborarea şi distribuirea de materiale de informare, educare şi conştientizare	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	10.6. Implementarea unor campanii de prevenire a consumului de droguri în penitenciare	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2008	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor - Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
		Decembrie 2007 Decembrie 2008		Naţională Antidrog	
	10.7. Implementarea anuală a planului cu activităţile de prevenire şi educare a deţinuţilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Administraţia Naţională a Penitenciarelor	
11. Îmbunătăţirea prevederilor legislative pentru implementarea măsurilor de protecţie antidoping a sportivilor.	11.1. Adaptarea legislaţiei pe linie de protecţie antidoping şi antidrog a sportivilor în conformitate cu acquis-ul comunitar	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională pentru Sport - Agenţia Naţională Antidoping	
	11.2. Adoptarea Standardelor Internaţionale pentru diferite domenii tehnice şi operaţionale din cadrul Programului Mondial Autoritatea Naţională pentru Doping şi a modelelor de bună practică elaborate pe baza Codului Mondial Autoritatea Naţională pentru Doping (adaptate la nevoile fiecărui grup major de organizaţii semnatare)	Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională pentru Sport - Agenţia Naţională Antidoping	
12.Crearea şi dezvoltarea unui sistem naţional integrat de servicii specializate de prevenire a consumului de droguri precum şi a unui sistem naţional de formare profesională în domeniu, inclusiv elaborarea şi validarea standardelor minime de calitate a serviciilor de prevenire	12.1. Adoptarea şi implementarea procedurilor şi instrumentelor de testare rapidă a conducătorilor auto în scopul depistării consumului de droguri	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor -	
	12.2. Promovarea locurilor de muncă sănătoase în vederea reducerii consumului şi abuzului de tutun, alcool şi droguri la locul de muncă prin utilizarea unui spaţiu editorial în cadrul revistei Obiectiv şi prin desfăşurarea unor campanii locale de sensibilizare cu sprijinul angajatorilor.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Agenţia Naţională Antidrog	
	12.3. Elaborarea unui ordin comun privind aprobarea	Iulie 2006	Iulie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	standardelor de calitate a serviciilor de prevenire a consumului de droguri			- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	12.4. Elaborarea unui ordin comun privind procedurile de cooperare între instituţiile implicate la nivel local în acordarea serviciilor de prevenire a consumului de droguri	Iulie 2006	Iulie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	12.5. Acreditarea programului de formare a monitorilor şi educatorilor sociali conform criteriilor de formare profesională, în domeniul educaţiei pentru sănătate şi specific în problematica consumului de droguri şi a altor substanţe cu potenţial de dependenţă	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei -	
	12.6. Derularea activităţilor de formarea a monitorilor şi educatorilor sociali în domeniul educaţiei pentru sănătate şi specific în problematica consumului de droguri şi a altor substanţe cu potenţial de dependenţă	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	

II.2. ASISTENŢA MEDICALĂ, PSIHOLOGICĂ ŞI SOCIALĂ, REDUCEREA RISCURILOR ŞI REINSERŢIA SOCIALĂ

Obiectiv general

Creşterea accesibilităţii prin dezvoltarea cantitativă şi calitativă a serviciilor şi a măsurilor medicale, psihologice şi sociale integrate, individualizate prin evaluare, planificare, monitorizare şi adaptare continuă pentru fiecare consumator în vederea întreruperii consumului, a înlăturării dependenţei fizice şi /sau psihice şi/sau a reducerii riscurilor asociate consumului având ca scop final reinserţia socială a consumatorilor.

A. REDUCEREA RISCURILOR

Obiectiv general

Asigurarea accesului consumatorilor de droguri la serviciile de reducere a riscurilor, prin promovarea şi dezvoltarea programelor şi politicilor adecvate şi necesare în sistemul de asistenţă, în afara acestuia şi în sistemul penitenciar

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Crearea şi perfecţionarea continuă a cadrului organizatoric pentru asigurarea tuturor măsurilor de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri (schimb de echipamente medicale sterile, inclusiv ace şi seringi, consiliere psihologică şi pre/post testare, programe de tratament substitutiv etc.) adresate populaţiei consumatoare aflată în sistemul de asistenţă, în afara acestuia sau în penitenciare.	1.1. Crearea şi asigurarea funcţionalitatii efective a unui sistem instituţional de prescriere si eliberare pentru tratamentul de substitutie (metadonă, buprenorfină etc.) astfel: - faza I – în zonele prioritare de risc ridicat -faza a II-a –extindere la nivel naţional	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2006 Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii	
	1.2. Crearea cadrului legislativ în scopul implementării unui sistem de prescriere si eliberare a tratamentului de substitutie (metadonă, buprenorfină etc.) în penitenciare în funcţie de evoluţia dependenţei de droguri în cadrul acestora (menţinere pe metadonă, schimb de seringi, consiliere pre- şi post testare boli infecţioase-HIV, hepatite B şi C, BTS, vaccinare antihepatită B): - faza I - dezvoltarea unor programe pilot - 10% din penitenciare - faza a II-a – evaluarea şi	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2006 Decembrie 2008	-Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	extinderea programului - 20% din penitenciare				
	1.3. Crearea condiţiilor de funcţionare a serviciilor (interne sau externalizate) psihologice şi sociale în vederea reducerii riscurilor asociate consumului de droguri: - faza I – 50% din penitenciare -faza a II-a -50% din penitenciare	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2006 Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	
	1.4. Dezvoltarea intervenţiilor care să permită reducerea riscurilor asociate consumului de droguri prin serviciile de asistenţă efectuate	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
2. Dezvoltarea acţiunilor comunitare şi profesionale care să permită accesul la toate grupurile de consumatori de droguri în scopul creşterii sprijinului acordat acestora şi al diminuării marginalizării sociale.	2.1. Facilitarea accesului la serviciile de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri pentru toţi consumatorii care abandonează programe de tratament sau suferă o recădere	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	2.2. Dezvoltarea unor servicii locale de criză care să acorde asistenţă medicala, psihologica si sociala de baza consumatorului care nu accesează sistemul de asistenţă	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii, - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	2.3. Implementarea in cadrul programelor de perfectionare continua profesionala a farmacistilor temelor cu privire la reducerea riscului consumului de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Sănătăţii - Agenţia Naţională Antidrog	
	2.4. Imbunatatirea cadrului legislativ care să permită comercializarea de seringi si	Decembrie 2005 Decembrie	Decembrie 2006	- Ministerul Sănătăţii, - Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	metadon pentru consumatorii de droguri în unităţi farmaceutice autorizate	2006		Naţională Antidrog	
	2.5. Implementarea de către Centrele de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog de acţiuni de educaţie cu privire la reducerea riscurilor datorate consumului de drog pentru populaţia generală în colaborare cu autorităţile locale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	2.6. Dezvoltarea si asigurarea cadrului organizatoric pentru implementarea programelor de menţinere cu agonişti cu urmarirea evolutiei fiecarui caz in parte, prin Centrele Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog, in conditile legii.	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii	
3.Crearea cadrului organizatoric şi de reglementări necesare asigurării vigilenţei epidemiologice	3.1. Reducerea cu 25% a numărului consumatorilor care utilizează calea intravenoasă de administrare a drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Sănătăţii - Agenţia Naţională Antidrog	
	3.2. Reducerea cu 20 % a nivelului de reutilizare şi utilizare în comun a seringilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Sănătăţii - Agenţia Naţională Antidrog	
	3.3. Asigurarea serviciilor de consiliere pre şi post testare pentru HIV şi hepatite, de vaccinare pentru hepatite şi tetanos şi de tratament pentru hepatite, HIV sau alte boli infecţioase a tuturor consumatorilor care beneficiază de serviciile sistemului de asistenţă medicala, psihologica si sociala.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Sănătăţii - Agenţia Naţională Antidrog	
4. Dezvoltarea şi	4.1. Formarea personalului	Decembrie		- Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
îmbunătăţirea cadrului de formare profesională de bază, specializate şi continue a profesioniştilor care lucrează în domeniul reducerii riscurilor asociate consumului de droguri	din centrele de asistenţă pentru dezvoltarea de strategii de informare, educare şi comunicare în scopul prevenirii transmiterii hepatitelor şi a virusului HIV	2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	4.2. Pregătirea personalului din centrele de asistenţă medicala, psihologica si sociala prin participarea la programele de formare profesională continuă	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	

B. ASISTENŢĂ MEDICALĂ, PSIHOLOGICĂ, SOCIALĂ ŞI REINSERŢIA SOCIALĂ

Obiectivul general

Asigurarea accesului universal al populaţiei consumatoare de droguri la sistemul de asistenţă medicala, psihologică şi socială prin dezvoltarea programelor şi politicilor adecvate şi necesare adresate populaţiei generale, a celei consumatoare de droguri aflate în sistemul de asistenţă, în afara acestuia şi în penitenciare în scopul reintegrării şi reinserţiei sociale a consumatorilor de droguri

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Dezvoltarea circuitului integrat de asistenţă a consumatorilor şi consumatorilor dependenţi de droguri pe cel puţin trei niveluri, care să ofere o reţea de resurse (pornind de la modelul creat în centre de excelenţă), să garanteze pentru accesul consumatorilor şi disponibilitatea generală a acestor servicii	1.1. Crearea instrumentelor şi dezvoltarea mecanismelor pentru coordonarea şi realizarea intervenţiilor integrate/unitare funcţionale ale reţelei de sănătate publică, serviciilor sociale publice şi serviciilor ANA la nivelul fiecărui judeţ şi sectoarelor Municipiului Bucureşti	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.2. Integrarea programelor terapeutice si programelor psiho-sociale în oferta de servicii a reţelei de sănătate publică, a serviciilor sociale şi a serviciilor ANA, la nivelul fiecărui judeţ şi sectoarelor Municipiului Bucureşti	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	1.3. Alocarea resurselor necesare dezvoltării sistemului de asistenţă integrată (medicală, psihologică şi socială) pentru consumatorii de droguri de către autorităţile publice centrale şi locale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Administraţiei şi Internelor Ministerul Sanatatii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Agenţia Naţională Antidrog	
2. Creşterea disponibilităţii serviciilor atât ca diversitate şi multidisciplinaritate cât şi ca răspândire teritorială şi adaptarea acestora la	2.1. Realizarea circuitului integrat de asistenţă medicala, psihologica si sociala, prin dezvoltarea resurselor de asistenţă/centre, pubilce si private, şi personal format şi acreditat /autorizat,	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie	Decembrie 2008	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Agenţia Naţională Antidrog Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
nevoile individuale ale consumatorilor şi la tipul de consum (unic sau policonsum)	adaptat nevoilor de asistenţă identificate prin evaluările anuale	2008		Administraţiei şi Internelor	
	2.2. Dezvoltarea în fiecare judeţ şi sector al municipiului Bucureşti a unei reţele publice si/sau private cu funcţionare integrată a serviciilor sistemului de asistenţă medicala şi/sau a servicilor ANA si/sau a serviciilor sociale, care să cuprindă atât cele patru tipuri de programe integrate de asistenţă, cât şi programe de asistenţă adresate unor grupuri de populaţie specifice, copii, gravide, consumatori cu patologie dual㠄, deţinuţi, altele.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Administraţiei şi Internelor	
3. Dezvoltarea resurselor necesare intervenţiilor active de atragere a consumatorilor care nu au contact cu sistemul de asistenţă sau nu sunt pregătiţi pentru schimbarea comportamentului precum şi asigurarea asistenţei medicale şi sociale de bază pentru aceştia	3.1. Dezvoltarea în fiecare judeţ şi sector al municipiului Bucureşti a cel puţin unui program de atragere a consumatorilor care nu au intrat în circuitul integrat de asistenţă sau nu sunt motivaţi pentru schimbarea comportamentului de consum	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	3.2. Dezvoltarea în fiecare judeţ şi sector al municipiului Bucureşti a cel puţin unui program de intervenţii medicale şi sociale de bază pentru consumatorii care nu sunt integraţi în circuitul integrat de asistenţă sau nu sunt motivaţi pentru schimbarea comportamentului de consum;	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, ANA Ministerul Administraţiei şi Internelor	
4. Individualizarea intervenţiilor medicale, psihologice şi sociale prin intermediul evaluării multidimensionale şi asigurării managementului de	4.1. Implementarea în fiecare judeţ şi sector al municipiului Bucureşti de catre CPECA în colaborare cu furnizorii de servicii de asistenţă a serviciilor specifice pentru activităţile de evaluare, management	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie	Decembrie 2008	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Agenţia Naţională Antidrog Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
caz, aplicate consumatorilor de droguri care intră în contact cu serviciile de asistență într-un cadru coordonat	de caz, oferite individualizat consumatorilor de droguri, conform legii şi convenţiilor cadru.	2008		Administraţiei şi Internelor	
5. Dezvoltarea politicilor şi măsurilor, asigurarea resurselor şi cadrului legal pentru dezvoltarea şi întărirea serviciilor ambulatorii (nivelul 2 de asistență) - element central al sistemului public de asistență medicală, psihologică şi socială - în scopul asigurării accesului tuturor consumatorilor la acest nivel de asistență	5.1. Elaborarea legislaţiei necesare şi asigurarea de către CPECA a sistemului de asistenţă ambulatorie (Nivelul 2) din punct de vedere al resurselor umane, logistice şi financiare;	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sanatatii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	5.2. Stabilirea mecanismelor de colaborare a Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog cu sistemele locale de sănătate publică şi asistenţă socială.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Ministerul Sănătăţii	
6. Asigurarea şi implementarea cadrului legal pentru dezvoltarea şi definirea rolurilor specifice şi specializate ale resurselor nivelului trei, ca parte integrantă şi esențială a sistemului public de asistenta medicală, psihologică şi socială pentru reabilitarea şi reinserța socială a consumatorilor de droguri aflați în centre ambulatorii	6.1. Realizarea cadrului legal pentru stabilirea rolurilor, modalităților de funcţionare pentru serviciile specifice: comunităţi terapeutice, centre pentru patologie dual, centre pentru minori, apartamente sociale etc.	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	6.2. Dezvoltarea serviciilor specifice şi specializate la nivelul judeţelor în care au fost identificate, prin evaluările anuale, probleme de consum de droguri;	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	6.3. Dezvoltarea de catre			Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	autorităţile locale din zonele în care au fost identificate, prin evaluările anuale, probleme de consum de droguri, de iniţiative adecvate necesităţilor consumatorilor pentru integrarea lor socială;	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Administraţiei şi Internelor Agentia Nationala Antidrog	
	6.4. Centrele de Prevenire, Evaluare, Consiliere şi Antidrog judeţene vor dezvolta convenţii de colaborare cu ANOFM pentru încorporarea consumatorilor aflaţi în sistemul de asistenţă în programe orientare şi de formare profesionala	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Agenţia Naţională de Ocupare a Forţelor de Muncă	
	6.5. Organizarea de catre Centrele de Prevenire, Evaluare, Consiliere şi Antidrog de ateliere de orientare şi formare profesională pentru consumatorii aflaţi în sistemul de tratament;	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog	
7. Dezvoltarea cadrului legislativ şi instituţional care să asigure accesul general şi timpuriu al copiilor şi tinerilor la servicii psihologice, medicale şi sociale specifice consumului de droguri	7.1. Elaborarea şi implementarea cadrului legislativ şi instituţional care să asigure accesul general şi timpuriu al copiilor şi tinerilor la servicii psihologice, medicale şi sociale specifice consumului de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008		
8. Dezvoltarea unui program integrat de asistenţă medicală, psihologică şi socială care să ofere o reţea de resurse şi care să garanteze accesul şi disponibilitatea generală a tuturor consumatorilor de droguri din sistemul penitenciar în scopul reintegrării sociale	8.1. Dezvoltarea şi implementatrea în fiecare judeţ şi sector al capitalei a 1-2 programe de asistenţă pentru consumatorii de droguri aflaţi în stare de arest preventiv.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	8.2. Îmbunătăţirea cadrului legislativ care să permită creşterea accesibilităţii consumatorilor de droguri aflaţi în penitenciare la serviciile de asistenţă	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	integrată	Decembrie 2008			
	8.3. Dezvoltarea cadrului instituţional care să permită accesul deţinuţilor la astfel de programe (centre/cabinete de evaluare, secţii de dezintoxicare, centre de postcură, secţii libere de droguri, etc.) şi oferirea de intervenţii terapeutice specfice pentru consumatorii deţinuţi în sistemul penitenciar	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	
	8.4. Dezvoltarea cadrului legal necesar accesului ONG-urilor în penitenciare în scopul oferirii de servicii de asistenţă consumatorilor de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor Agenţia Naţională Antidrog	
	8.5. Implementarea în penitenciare de programe de orientare şi formare profesională pentru consumatorii de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	
9. Dezvoltarea şi implementarea standardizării sistemului de asistenţă medicală, psihologică şi socială care să permită monitorizarea şi evaluarea proceselor şi rezultatele acestuia	9.1. Crearea unui sistem de indicatori bazat pe standarde de calitate ale sistemului de asistenţă, prin ordin comun al Ministerului Sănătăţii, Ministerului Administraţiei şi Internelor, Ministerului Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	9.2. Dezvoltarea metodologiei de autorizare/acreditare a furnizorilor de servicii pentru consumatorii de droguri prin ordin comun al Ministerului Sănătăţii, Ministerului Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei, Agenţiei Naţionale Antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	9.3. Implementarea sistemului de evaluare de proces şi de rezultat a	Decembrie 2006	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	programelor Terapeutice şi Psiho-sociale,la nivelul Centrelor de Prevenire, Evaluare, Consiliere şi Antidrog, care să faciliteze îmbunatăţirea calităţii acestora	Decembrie 2007		Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
10.Dezvoltarea şi îmbunătăţirea cadrului de formare profesională de bază, specializată şi continuă a profesioniştilor care lucrează în domeniul asistentei medicale, psihologice şi sociale a consumatorilor de droguri	10.1. Înfiinţarea Centrului Naţional de Cercetare şi Formare în Adicţii în cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog	Decembrie 2005	Decembrie 2005	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Educaţiei şi Cercetării Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	10.2. Derularea de către Centrul Naţional de Cercetare şi Formare în Adicţii de programe de formare profesională continuă pentru personalul Centrelor Prevenire Evaluare şi Consiliere Antidrog precum şi pentru alţi profesionişti care lucrează în domeniu	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Educaţiei şi Cercetării Ministerul Sănătăţii Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei	
	10.3. Elaborarea standardului ocupaţional pentru profesioniştii care lucrează în domeniul adicţiilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	Agenţia Naţională Antidrog	
	10.4. Dezvoltarea unui program anual de cercetare în domeniul adicţiilor de către Centrul Naţional de Cercetare şi Formare în Adicţii	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog Ministerul Educaţiei şi Cercetării Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei Ministerul Sănătăţii	
	10.5. Dezvoltarea sistemului de acreditare a programelor de formare în domeniul adicţiilor şi al formatorilor şi formatorilor de formatorii de catre Centrul Naţional de Cercetare şi Formare în Adicţii	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog	
	10.6. Formarea continuă în domeniul adicţiilor a cel putin 30% din profesioniştii care oferă servicii de	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2008	Autoritatea Naţională a Penitenciarelor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	asistenţă pentu consumatorii de droguri din penitenciare.	Decembrie 2007 Decembrie 2008			

III. REDUCEREA OFERTEI

Obiectiv general : Reducerea la un nivel cât mai scăzut a infracţionalităţii în domeniul drogurilor şi a celei conexe, prin eficientizarea activităţilor instituţiilor abilitate în combaterea criminalităţii organizate în legătură cu drogurile, ca rezultat al îmbunătăţirii şi extinderii cooperării interinstituţionale interne şi internaţionale, al consolidării legislative şi instituţionale, specializării personalului din domeniu şi asigurării resurselor necesare.

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Îmbunătăţirea capacităţii de reacţie a instituţiilor specializate faţă de traficul şi consumul ilicit de droguri					
1 a. Documentarea operativă a activităţii infracţionale a grupurilor organizate de traficanţi, a legăturilor infracţionale şi a rutelor utilizate de aceştia, a metodelor şi mijloacelor de săvârşire a infracţiunilor la regimul drogurilor	1.a.1. Realizarea unui schimb permanent de date cu structurile de informaţii din Serviciul Român de Informaţii şi Serviciul de Informaţii Externe, pe baza protocoalelor ce se vor încheia în acest scop.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog -Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Direcţia Generală Informaţii şi Protecţie Internă	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	1.a.2. Instituirea unui sistem integrat on-line de schimb de informaţii între instituţiile responsabile în domeniul reducerii ofertei de droguri.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	-Ministerul Administraţiei şi Internelor -Inspectoratul General al Poliţiei Române -Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră -Autoritatea Naţională a Vămilor -Agenţia Naţională Antidrog	
	1.a.3. Efectuarea de analize strategice şi tactice în legătură cu grupurile organizate interne şi transfrontaliere, în conformitate cu recomandările din rezoluţia Consiliului European şi recomandările Convenţiei Unice a Naţiunilor Unite asupra stupefiantelor.	Iunie, Decembrie 2005 Iunie, Decembrie 2006 Iunie, Decembrie 2007 Iunie, Decembrie 2008	2008	-Ministerul Administraţiei şi Internelor -Inspectoratul General al Poliţiei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog -Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
	1.a.4. **C**ulegerea, prelucarea şi analiza informaţiilor transmise de structurile teritoriale. Actualizarea şi exploatarea bazelor de date antidrog din cadrul Administraţiei Naţionale a Vămilor.	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1 b. Corelarea activităţilor de combatere a traficului ilicit cu cele legate de consumul de droguri şi cu măsurile de asistenţă destinate consumatorilor.	1.b.1. Intensificarea activităţilor de cunoaştere şi combatere a traficului stradal de droguri, conform recomandărilor prevăzute în Rezoluţia Consiliului European din 29.11.1996 – OJC 375/12.12.1996	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţiei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Direcţia Generală de Poliţie a Municipiului Bucureşti - Inspectoratele Judeţene de Poliţie - Comandamentul Naţional al Jandarmeriei	
	1.b.2. Implicarea tuturor structurilor de poliţie (ordine publică, circulaţie etc.) şi jandarmerie, în activităţile de constatare a infracţiunilor din domeniul drogurilor	Decembrie 2005 Iunie 2006	Iunie 2006	-Ministerul Administraţiei şi Internelor -Inspectoratul General al Poliţiei Române - Comandamentul Naţional al Jandarmeriei	
	1.b.3. Efectuarea unor studii şi analize privind infracţiunile conexe drogurilor şi propunerea unor măsuri de prevenire a acestora	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Inspectoratul General al Poliţiei Române	
1 c. Corelarea activităţilor de combatere a microtraficului cu cele de prevenire şi combatere a traficului transfrontalier de droguri.	1.c.1. Organizarea de acţiuni specifice de către formaţiunile de poliţie în locurile, mediile şi zonele de risc frecventate de traficanţii şi consumatorii de droguri, în raport de evoluţia situaţiei operative, corelate cu activităţile similare desfăşurate de poliţia de frontieră şi organele vamale în zona de competenţă	Iunie, Decembrie 2005 Iunie, Decembrie 2006 Iunie, Decembrie 2007 Iunie, Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1 d. Dezvoltarea sistemului de analiză operativă a informaţiilor.	1.d.1. Dezvoltarea capacităţii de analiză a informaţiilor la nivelul Direcţiei Antidrog şi a Centrelor Zonale prin suplimentarea funcţiilor de analişti şi redactori, cât şi dotarea cu tehnică de calcul şi achiziţionarea de licenţe software.	Iunie, Decembrie 2005 Iunie, Decembrie 2006 Iunie, Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
	1.d.2. Înfiinţarea unui grup de lucru, format din reprezentanţii instituţiilor implicate în reducerea ofertei de droguri, pentru realizarea metodologiei de lucru a viitoarelor echipe mixte de analiză a informaţiilor în porturi, aeroporturi şi alte locuri cu risc ridicat în traficarea drogurilor	Septembrie 2005 Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	1.d.3. Desfăşurarea de activităţi comune pe linia analizelor informaţiilor operative de către echipele mixte	Iunie, Decembrie 2006 Iunie, Decembrie 2007 Iunie, Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	1.d.4. Dezvoltarea Biroului Analiză de Risc din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei de Frontieră: - ocuparea posturilor cu specialişti la toate nivelele - pregătirea personalului - dotarea tehnică necesară pentru asigurarea funcţionării la parametrii optimi. - infiintarea sistemului de analiza a informatiilor	Septembrie 2005 Decembrie 2007 Decembrie 2006	Decembrie 2007	- Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
2. Contracararea riscurilor de către instituţiile abilitate în combaterea traficului ilicit de droguri.					

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
2 a. Colectarea în sistem informatic a datelor, monitorizarea acestora şi dezvoltarea analizei strategice.	2.a.1. Implementarea datelor şi informaţiilor trimise către structurile teritoriale în baza centrală, în sistem on-line criptat.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţiei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
	2.a.2. Dezvoltarea aplicaţiei informatice „CAMAS" în cadrul Direcţiei Generale de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	Iunie 2006	Decembrie 2006	-Inspectoratul General al Poliţiei Române	
	2.a.3. Crearea şi implementarea unei aplicaţii informatice specifice antidrog, în cadrul ANV de culegere a datelor, prelucrare şi diseminare a informaţiilor, compatibil cu al agenţiilor similare din Statele Membre ale Uniunii Europene.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Septembrie 2007	Septembrie 2007	- Autoritatea Naţională a Vămilor	
	2.a.4. Efectuarea unor studii privind eventualele legături între cazurile de trafic ilicit de droguri constatate şi finanţarea terorismului internaţional	Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională Antidrog - Inspectoratul General al Poliţiei Române	
2.b. Dezvoltarea activităţii de cercetare ştiinţifică şi prognozare a fenomenului drogurilor	2.b.1. Stabilirea indicatorilor specifici pentru evaluarea dimensiunii şi tendinţelor traficului şi consumului ilicit de droguri	Septembrie 2005	Septembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	2.b.2. Realizarea unui studiu privind evoluţia fenomenului drogurilor la nivel naţional şi local	Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională Antidrog	
2.c. Dezvoltarea sistemului analizelor de risc	2.c.1. Extinderea sistemului analizelor de risc în porturi, aeroporturi şi punctele de frontieră unde se înregistrează un trafic sporit de mărfuri şi călători.	Iunie, Decembrie 2006 Iunie, Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	2.c.2. Activităţile de securizare a frontierei referitoare la traficul de droguri şi precursori se vor desfăşura potrivit Planului de măsuri al Strategiei Naţionale de Management Integrat al Frontierei, aprobată prin HG	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	nr.471/2004.				
2.d. Implementarea managementului frontierei la standarde europene şi dezvoltarea activităţilor specifice antidrog	2.d.1. Reorganizarea echipelor antidrog în vederea eficientizării acestora. Elaborarea Regulamentului de organizare şi funcţionare a acestora.	Iunie 2005	Iunie 2005	- Autoritatea Naţională a Vămilor	
2.e. Îmbunătăţirea calităţii controlului vamal.	2.e.1. Elaborarea metodologiei de iniţiere a livrărilor supravegheate de către vamă.	Ianuarie 2006	Ianuarie 2006	- Autoritatea Naţională a Vămilor	
	2.e.2. Dezvoltarea activităţii echipelor chinologice.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Autoritatea Naţională a Vămilor	
	2.e.3. Dotarea cu mijloace moderne de detectare a drogurilor în containere, transcontainere, mijloace de transport rutier, feroviar, aerian şi naval .	Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Autoritatea Naţională a Vămilor - Inspectoratul General al Politiei de Frontieră	
3. Optimizarea activităţii structurilor implicate în reducerea ofertei de droguri şi creşterea eficacităţii acestora					
3 a. Adoptarea şi dezvoltarea cadrului metodologic de desfăşurare a activităţilor antidrog în raport cu cele europene.	3.a.1. Realizarea unei metodologii comune de lucru în conformitate cu Catalogul Schengen, vol.4 „*Cooperare poliţienească, recomandări şi cele mai bune practici în ceea ce priveşte asistenţa mutuală şi în situaţii de urgenţă, supravegherea transfrontalieră şi livrările controlate*"	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor - Ministerul Public	
	3.a.2. Întocmirea metodologiilor de selecţie şi control, pe vectori de transport, la acordarea sau închiderea unui regim vamal.	Septembrie 2005 Decembrie 2005	Decembrie 2005	-Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
3 b. Extinderea folosirii tehnicilor şi mijloacelor moderne de investigaţii	3.b.1. Constituirea unui fond operativ de rulment pentru derularea de operaţiuni specifice de investigaţii.	Septembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Public - Inspectoratul General al Poliţiei - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
	3.b.2. Organizarea structurii de investigatori acoperiţi, după modelul şi standardele de lucru utilizate în Statele Membre ale Uniunii Europene.	Decembrie 2005	Iunie 2006	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog.	
	3.b.3. Crearea de structuri tehnice pentru desfăşurarea activităţilor de interceptare a convorbirilor şi înregistrarea audio-video, la nivel central şi regional, conform prevederilor legale, de către Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casaţie şi Justiţie şi Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog.	Decembrie 2005	Decembrie 2006	- Ministerul Public - Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră.	
	3.b.4. Elaborarea unei metodologii cadru de reglementare a modului de derulare a livrărilor controlate de droguri şi precursori.	Septembrie 2005	Septembrie 2005	- Ministerul Public - Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră. - Autoritatea Naţională a Vămilor	
3 c. Facilitarea accesului la bazele de date necesare desfăşurării activităţii de reducere a ofertei de droguri.	3.c.1. Conectarea sistemului de informaţii al Direcţiei Antidrog din DGCCOA, la baza de date a EUROPOL (ulterior integrării României în Uniunea Europeană)		Decembrie 2007	Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	3.c.2. Conectarea Direcţiei Antidrog din DGCCOA la baza de date C.I.D., privind intrările şi ieşirile, în şi din România, a unor categorii de cetăţeni străini.	Decembrie 2005	Iunie 2006	- Inspectoratul General al Poliţiei Române -Serviciul Român de Informaţii	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	3.c.3. Conectarea Directiei de Combatere a Infracţionalităţii Transfrontaliere din IGPF la baza de date a EUROPOL (ulterior integrării României în Uniunea Europeană)	Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră.	
3 d. Fluidizarea schimbului de informaţii on-line între instituţii la nivel naţional şi internaţional şi realizarea schimbului de experienţă şi bune-practici în domeniu.	3.d.1. Încheierea/completarea protocoalelor sectoriale de colaborare şi a metodologiilor aferente şi implementarea acestora pe baza recomandărilor şi a manualelor europene privind cele mai bune practici în domeniu.	Decembrie 2005	Iunie 2006	-Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
3 e. Extinderea şi îmbunătăţirea cooperării interinstituţionale .	3.e.1. Crearea unor unităţi specializate multi-instituţionale operative, care să desfăşoare activităţi comune de prevenire şi combatere a traficului de droguri în Portul Constanţa, Aeroportul "Henry Coandă" – Bucureşti Otopeni şi punctele vamale Giurgiu, Bechet şi Ostrov.	Decembrie 2005	Decembrie 2006	- Inspectoratul General al Poliţiei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	3.e.2. Realizarea unor grupuri de lucru comune între Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog, Poliţia de Frontieră şi Vamă, pe centre zonale, în cauze concrete, conform recomandărilor din Rezoluţia Consiliului Europei din 29.11.1996.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	-Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
4. Combaterea traficului internaţional de droguri şi precursori.	4.a.1. Schimb operativ de date şi informaţii privind reţelele transfrontaliere de traficanţi de droguri, prin ofiţerii de legătură străini acreditaţi în România	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor -Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
*4 a. Intensificarea **acţiunilor** operative de cooperare internaţională vizând identificarea şi anihilarea reţelelor internaţionale de trafic ce desfăşoară activităţi infracţionale pe teritoriul ţării.*	4.a.2. Transmiterea operativă de date şi informaţii prin ofiţerii de legătură români aflaţi la post în străinătate.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor	
	4.a.3. Organizarea unor acţiuni de control antidrog transfrontalier cu ţările vecine.	Decembrie 2005	Decembrie 2006	- Autoritatea Naţională a Vămilor	
	4.a.4. Participarea la proiectele comune operaţionale precum: investigări comune, acţiuni vamale comune, reţea de cooperare europeană a Poliţiei transporturi.	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţei Române - Autoritatea Naţională a Vămilor - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
4 b.Intensificarea acţiunilor de identificare a noilor droguri de sinteză şi extinderea colaborării interinstituţionale interne şi internaţionale în acest scop.	4.b.1. Realizarea profilului judiciar al drogurilor confiscate pe teritoriul naţional.	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţei Române	
	4.b.2. Schimb operativ de date şi informaţii cu ţări în care se produc droguri sintetice.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţei Române -Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
	4.b.3. Instruire şi schimb de date şi informaţii cu OLANDA, în baza proiectului „*MATRA*” MAT04/RM/9/A	Decembrie 2005 Decembrie 2006	Iunie 2007	Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
4 c. Participarea la acţiuni internaţionale comune ce au drept obiectiv anihilarea unor reţele de traficanţi, prin includerea experţilor români în echipe comune de acţiune.	4.c.1. Crearea şi operaţionalizarea grupurilor comune de lucru şi acţiuni regionale.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Punctul Naţional Focal	
	4.c.2. Cooperarea operativă în domeniul livrărilor controlate conform art.40 si art.73 din Catalogul Schengen.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Parchetul de pe lângă Înalta Curte de Casaţie şi Justiţie. -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
4 d. Dezvoltarea colaborării internaţionale în vederea împiedicării deturnării substanţelor stupefiante şi psihotrope şi a precursorilor utilizaţi la fabricarea ilegală a acestora din circuitul legal în traficul ilicit.	4.d.1. Monitorizarea operaţiunilor cu precursori prin utilizarea programului *„NDCS" (National Drug Control Sistem)*	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
	4.d.2. Înfiinţarea unei baze de date la nivel central, pentru notificările şi prenotificările privind importurile şi exporturile de precursori.	Septembrie 2005	Decembrie 2005	-Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
4 e. Participarea activă a României la operaţiunile interstatale: TOPAZ, PURPLE, PRISM şi altele.	4.e.1. Derularea activităţilor specifice în operaţiunile TOPAZ, PURPLE şi PRISM pentru monitorizarea şi combaterea deturnării precursorilor din circuitul legal .	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
5. Intensificarea	5.1. Identificarea pe	Decembrie	Decembrie	- Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
măsurilor de identificare, sechestrare şi confiscare a bunurilor folosite la săvârşirea infracţiunilor de trafic ilicit de droguri şi precursori şi a produselor acestor infracţiuni şi folosirea eficientă a fondurilor realizate din valorificarea acestora pentru susţinerea activităţilor de reducere a cererii şi ofertei de droguri	parcursul întregului proces penal, începând cu faza actelor premergătoare, a bunurilor şi valorilor susceptibile a face obiectul confiscării speciale, în cauzele penale privind infracţiuni la regimul drogurilor şi precursorilor.	2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	2008	Public - Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţei de Frontieră - Ministerul Justiţiei. -Agenţia Naţională Antidrog	
	5.2. Realizarea unei baze de date statistice privind bunurile şi valorile confiscate ca urmare a săvârşirii de infracţiuni la regimul drogurilor şi precursorilor, în baza hotărârilor judecătoreşti rămase definitive prin care s-a dispus confiscarea bunurilor	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	5.3. Repartizarea prin bugetul Agenţiei Naţionale Antidrog a sumelor rezultate din valorificarea bunurilor confiscate ca urmare a săvârşirii de infracţiuni la regimul drogurilor şi precursorilor, în baza programelor de reducere a cererii şi ofertei de droguri, fundamentate în acest scop.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
6. Prevenirea şi combaterea practicilor de spălare a banilor proveniţi din infracţiuni la regimul drogurilor şi precursorilor, prin măsuri comune ale structurilor de luptă antidrog cu Banca Naţionala şi Oficiul Naţional de Prevenire şi Combatere a	6.1. Consolidarea activităţilor de cooperare între Oficiul Naţional de Prevenire şi Combatere a Spălării Banilor, Inspectoratul General al Poliţiei Române, Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog, Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră, prin realizarea între aceste autorităţi a unei legături directe în regim on-line criptat, la nivel central şi teritorial.	Iunie 2005	Decembrie 2005	Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Inspectoratul General al Poliţei de Frontieră - Oficiul Naţional de Prevenire şi Combatere a Spălării Banilor	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
Spălării Banilor.	6.2. Adaptarea cadrului legal existent în domeniul prevenirii şi combaterii spălării banilor la acquis-ul comunitar.	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Oficiul Naţional de Prevenire şi Combatere a Spălării Banilor	
	6.3. Implementarea unor proiecte operaţionale comune cu Statele Membre ale Uniunii Europene	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Oficiul Naţional de Prevenire şi Combatere a Spălării Banilor	
7. Prevenirea şi combaterea deturnării precursorilor ce pot fi utilizaţi la fabricarea ilegală a substanţelor şi produselor stupefiante şi psihotrope.	7.1. Implementarea sistemului de monitorizare a precursorilor în conformitate cu modelul statistic al Naţiunilor Unite	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog - Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor - Ministerul Sănătăţii.	
	7.2. Crearea în cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog a bazei centralizate de date privind operaţiunile cu precursori şi conectarea on-line a acesteia cu instituţiile abilitate în domeniu	Decembrie 2005 Iulie 2006	Iulie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog - IGPR - ANSCP - MS	
	7.3. Crearea unei structuri adecvate în cadrul Ministerului Sănătăţii pentru a efectua un control real al circuitului legal al substanţelor stupefiante, psihotrope şi al precursorilor (personal calificat şi în număr adecvat, dotare logistică necesară, corp separat de inspectori pentru îndrumare şi control etc.).	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Sănătăţii	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	7.4. Organizarea şi desfăşurarea de acţiuni specifice comune pentru identificarea şi anihilarea laboratoarelor clandestine pentru fabricarea ilicită a drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Inspectoratul General al Poliţei de Frontieră - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	7.5. Elaborarea unei metodologii de transmitere a datelor şi informaţiilor privind tranzitele neîncheiate cu precursori., de către birourile vamale la Autoritatea Naţională a Vămilor, respectiv, la Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog.	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Autoritatea Naţională a Vămilor	
	7.6. Perfecţionarea sistemului de control a operaţiunilor cu precursori în sensul introducerii monitorizării tranzitului acestora prin ţara noastră.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Autoritatea Naţională a Vămilor - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră	
8.Îmbunătăţirea cooperării între instituţiile şi structurile abilitate în combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri şi crearea unei reţele integrate de informaţii la nivel naţional privind criminalitatea în domeniul drogurilor, prin implementarea Programului Marea Alianţă Română Antidrog (M.A.R.A.)	Implementarea activităţilor prevăzute în Programul MARA referitoare la crearea unui sistem integrat de informaţii pentru combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Agenţia Naţională Antidrog	
9. Perfecţionarea legislaţiei şi a cadrului instituţional în	Crearea cadrului legislativ pentru creşterea capacităţii instituţionale a Autorităţii Naţionale a Vămilor în	Decembrie 2005 Iulie 2006	Iulie 2006	- Autoritatea Naţională a Vămilor.	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
domeniu prin adaptarea acestora în raport cu evoluţia formelor concrete de manifestare a infracţionalităţii în domeniu şi cu prevederile acquisului comunitar.	acord cu prevederile normelor comunitare.				
10. Modernizarea dotării tehnice necesare instituţiilor abilitate în combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri la nivelul standardelor internaţionale.	10.1. Achiziţionarea de mijloace tehnice necesare pentru creşterea capacităţii de luptă împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri a Direcţiei Antidrog, din cadrul Direcţiei Generale de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog şi a Serviciului de combatere a traficului de droguri din Direcţia de Investigare a Infracţiunilor de Criminalitate Organizată şi Terorism, la nivel central şi teritorial (autoturisme, truse narcotest, camere video, aparate foto digitale, reportofoane etc.).	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Inspectoratul General al Poliţei Române - Ministerul Public	
	10.2. Creşterea capacităţii de analiză a drogurilor prin înfiinţarea şi dotarea laboratoarelor de analiză fizico-chimică a drogurilor la: IAŞI, TIMIŞOARA şi CONSTANŢA	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
	10.3. Achiziţionarea de mijloace tehnice necesare pentru creşterea capacităţii de acţiune a Serviciului de Combatere a Traficului cu Substanţe Interzise în scopul creşterii eficienţei activităţilor de combatere a traficului transfrontalier cu droguri şi precursori.	Decembrie 2005 Iulie 2006	Iulie 2006	- Inspectoratul General al Poliţei de Frontieră	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
11. Dezvoltarea capacităţii manageriale şi a profesionalizării specialiştilor din domeniu prin programe de cooperare internaţională.	11.1. Identificarea de resurse financiare externe şi implementarea programelor de pregătire a managerilor.	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră.	
	11.2. Desfăşurarea unor programe de pregătire comună pentru judecători, procurori şi poliţişti antidrog.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Public - Ministerul Justiţiei	
	11.3. Instruirea unor specialişti din cadrul DGCCOA; IGPF şi ANV, cu privire la noile metode de combatere a traficului de droguri, managementul informaţiilor, proceduri de investigare în cadrul proiectului „MATRA" (MAT04/RM/9/A0	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră.	
	11.4. Crearea şi derularea, împreună cu experţi internaţionali în domeniu, a unor programe de pregătire a specialiştilor din cadrul instituţiilor cu atribuţii de combatere a traficului şi consumului ilicit de droguri, bazate, în principal, pe resurse financiare externe.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	11.5. Participarea la programele de pregătire anuale ale CEPOL	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Inspectoratul General al Poliţei Române - Inspectoratul General al Poliţiei de Frontieră.	

IV. COOPERARE INTERNAŢIONALĂ

Obiectiv general *:* Recunoaşterea internaţională a României ca partener de încredere în efortul global de reducere a cererii şi ofertei de droguri, atât în cadrul relaţiilor cu Statele Membre ale Uniunii Europene şi cu structurile europene specializate, cât şi în cadrul mai larg al forurilor internaţionale şi relaţiilor cu statele producătoare de droguri, cu cele aflate pe rutele transnaţionale ale drogurilor şi cu cele având experienţe relevante în combaterea acestui flagel.

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Dezvoltarea relaţiilor cu partenerii din Statele Membre şi organismele specializate ale Uniunii Europene					
1 a. Preluarea şi implementarea corespunzătoare a prevederilor acquis-ului specific în cadrul legislativ şi instituţional naţional.	1.a.1. Monitorizarea evoluţiei legislaţiei comunitare referitoare la droguri şi domeniile conexe	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	1.a.2. Armonizarea legislaţiei naţionale cu prevederile acquis-ului comunitar în materie	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	1.a.3. Dezvoltarea cadrului instituţional în conformitate cu legislaţia naţională adaptată acquis-ului comunitar	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
1 b. Dezvoltarea relaţiilor parteneriale din sfera relaţiilor internaţionale, desfăşurate de instituţiile naţionale implicate în reducerea cererii şi/sau ofertei de droguri, cu structurile similare din Statele Membre ale	1.b.1.Desfăşurarea unor acţiuni comune (schimburi de experienţă, comisii mixte, vizite de documentare, ateliere de lucru şi alte tipuri de reuniuni) cu instituţiile similare din Statele Membre ale Uniunii Europene, în vederea concretizării acordurilor de cooperare încheiate de România cu	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	ţările respective în scopul prevenirii şi combaterii criminalităţii organizate în domeniul traficului şi consumului ilicit de droguri				
Uniunii Europene, în vederea asigurării unui transfer eficient de date, informaţii, experienţe şi bune-practici şi desfăşurării de acţiuni comune.	1.b.2. Realizarea unor schimburi de date (rapoarte de evaluare, studii, analize strategice etc.) privind fenomenul drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Ministerul Administraţiei şi Internelor - Direcţia Generală Integrare Europeană şi Relaţii Internaţionale - Inspectoratul General al Poliţei Române -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog - Punctul Naţional Focal	
1 c. Participarea activă a României la activităţile desfăşurate de instituţiile Uniunii Europene (EMCDDA / REITOX, Grupul Pompidou al Consiliului Europei, EUROPOL, EUROCUSTOMS, EUROJUST ş.a.) în domeniile prevenirii şi combaterii traficului şi consumului de droguri.	1.c.1. Aderarea la Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de Droguri (EMCDDA) şi transmiterea anuală a rapoartelor de ţară privind evoluţia fenomenului drogurilor în România.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	1.c.2. Participarea la reuniunile Grupului Orizontal privind Drogurile al Uniunii Europene	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	1.c.3. Participarea la Conferinţa ministerială 2006 şi la activităţile organizate de Grupul Pompidou al Consiliului Europei în materia prevenirii şi combaterii consumului de droguri şi tratamentului drogodependenţilor.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Agenţia Naţională Antidrog	
	1.c.4. Participarea la activităţile Punctelor Naţionale Focale ale reţelei REITOX a Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	de Droguri (EMCDDA).	Decembrie 2008			
	1.c.5. Intensificarea cooperării instituţiilor române cu Europol, Eurojust, Eurocustoms şi alte structuri specializate ale Uniunii Europene, prin participarea la reuniunile internaţionale organizate de instituţiile respective şi transmiterea datelor statistice sau a informărilor periodice, convenite de comun acord sau solicitate de acestea	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Justiţiei - Ministerul Public - Ministerul Administraţiei şi Internelor - Autoritatea Naţională a Vămilor	
2. Intensificarea relaţiilor cu alte state şi structuri internaţionale implicate în lupta împotriva drogurilor					
2 a. Participarea României la activităţile instituţiilor, organizaţiilor şi forurilor internaţionale ce au ca obiectiv lupta împotriva traficului şi consumului de droguri (United Nation Office on Drugs and Crime, CND, INCB, Interpol etc.) şi reducerea consecinţelor negative ale consumului de droguri (UNAIDS, WHOetc.)	2.a.1. Participarea României la reuniunile internaţionale pe tema luptei împotriva drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	2.a.2. Completarea şi transmiterea către UNODC a chestionarelor anuale şi bienale privind evoluţia fenomenului drogurilor în România.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
2 b. Intensificarea cooperării bilaterale şi multilaterale cu statele de origine a drogurilor sau aflate pe rutele internaţionale ale drogurilor.	2.b.1. Intensificarea activităţilor desfăşurate în baza acordurilor de cooperare încheiate de România cu diverse state, în special prin organizarea de reuniuni ale comisiilor mixte	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	2.b.2. Acordarea de asistenţă tehnică necesară statelor de origine a drogurilor sau aflate pe rutele internaţionale ale drogurilor, în conformitate cu planurile de acţiune ale Uniunii	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	Europene privind drogurile				
2 c. Dezvoltare a relaţiilor parteneriale cu state care au experienţă relevantă în domeniile reducerii cererii şi ofertei de droguri în scopul asigurării transferului reciproc de experienţă şi know-how.	Realizarea unor schimburi de experienţă pentru personalul implicat în activităţi de reducere a cererii şi ofertei de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Ministerul Administraţiei şi Internelor - Ministerul Public - Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Justiţiei - Ministerul Sănătăţii - Ministerul Educaţiei şi Cercetării - Ministerul Muncii, Solidarităţii Sociale şi Familiei - Autoritatea Naţională a Vămilor	
3. Participarea la programe internaţionale privind reducerea cererii şi ofertei de droguri.					
3 a. Participarea la programele Uniunii Europene privind prevenirea şi combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, reducerea efectelor asociate abuzului de droguri, tratamentul şi/sau recuperarea socio-profesională a persoanelor dependente de droguri.	3.a.1. Atragerea de fonduri ale Uniunii Europene – în special Phare (2005-2007) sau fonduri structurale (după integrare) - în vederea consolidării capacităţii operaţionale a insituţiilor române cu atribuţii în domeniul drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	3.a.2. Furnizarea de asistenţă tehnică ţărilor candidate de către instituţiile române implicate în lupta antidrog, în conformitate cu prevederile Strategiei Uniunii Europene privind drogurile 2005-2012	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
3b. Participarea la programele de luptă împotriva drogurilor, lansate de organizaţiile internaţionale sau structurile guvernamentale şi neguvernamentale din alte state	3.b.1. Consolidarea cooperării instituţiilor româneşti cu structurile Organizaţiei Naţiunilor Unite (în special cu UNICEF, UNAIDS şi UNDP), cu organizaţiile internaţionale (precum Organizaţia Mondială a Sănătăţii, Organizaţia	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	Mondială a Vămilor etc.) prin participarea la implementarea de programe/proiecte având ca obiective reducerea cererii şi ofertei de droguri				
	3.b.2. Monitorizarea / Evaluarea proiectelor privind drogurile, dezvoltate cu sprijinul partenerilor internaţionali	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
3c. Susţinerea participării în parteneriat a instituţiilor publice cu organizaţiile neguvernamentale române la proiecte internaţionale	3.c.1. Organizarea de întâlniri periodice între reprezentanţii instituţiilor publice şi cei ai ONG în vederea identificării priorităţilor şi armonizării viitoarelor acţiuni	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	3.c.2. Încheierea şi implementarea de protocoale de colaborare între instituţiile publice şi organizaţiile neguvernamentale vizând participarea comună la proiecte şi programe cu finanţare internaţională	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
3d. Implicarea tot mai activă a comunităţilor locale (prin instituţiile locale, autorităţile locale şi reprezentanţii societăţii civile) în proiecte internaţionale (transfer de bune practici, schimburi de specialişti, foruri bilaterale, regionale sau internaţionale etc.)	3.d.1. Includerea aspectelor legate de droguri pe agenda de discuţie a schimburilor de experienţă între comunităţile locale din România, înfrăţite cu cele din alte state	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	3.d.2. Participarea activă a Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog, alături de ceilalţi parteneri instituţionali şi organizaţionali, în implementarea la nivel local a proiectelor internaţionale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	

V. INFORMARE ŞI EVALUARE

Obiectiv general : Îmbunătăţirea capacităţii ORDT de colectare şi procesare a datelor necesare întocmirii Raportului naţional anual privind situaţia drogurilor în conformitate cu indicatorii recomandaţi de către Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi a Dependenţei de Droguri de la Lisabona şi a formularelor ONU privind situaţia anuală şi bienală a drogurilor

OBIECTIV SPECIFIC	**Activităţi pentru realizarea obiectivelor**	**Termen de evaluare**	**Termen de realizare**	**Responsabili**	**Observaţii**
1. Monitorizarea situaţiei drogurilor prin crearea şi dezvoltarea sistemului informaţional prin utilizarea instrumentelor specifice (indicatori, tabele standard, chestionare) pentru realizarea unor standarde de calitate a datelor, în scopul cunoaşteri i:					
1.a. consumului de droguri în rândul populaţiei generale, a populaţiei tinere şi a consumului problematic	1.a.1. Efectuarea unui studiu în populaţia generală referitor la cunoştinţe, atitudini, practici cu privire la consumul de droguri	Decembrie 2005	Decembrie 2005	-Agenţia Naţională Antidrog	
	1.a.2. Utilizarea rezultatelor ESPAD - 2007 (Studiul european privind consumul de alcool şi alte droguri în rândul populaţiei de liceu), comunicate de instituţia responsabilă cu realizarea acestui studiu, în vederea elaborării Rapoartelor naţionale de evaluare	Septembrie 2008	Iunie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	
	1.a.3. Evaluarea periodică a situaţiei consumului problematic de droguri prin realizarea de estimări a	Martie 2006 Martie 2007 Martie 2008	Martie 2006 Martie 2007 Martie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	numărului de consumatori				
1.b. numărului şi caracteristicilor persoanelor admise la tratament ca urmare a consumului de droguri şi a patologiei asociate	1.b.1. Colectarea, analiza şi interpretarea datelor referitoare la cererea de tratament ca urmare a consumului de droguri (vârstă, sex, tip de substanţă, cale de administrare, tip de tratament aplicat) precum şi a patologiei asociate, scop în care se impune: - adoptarea legislaţiei necesare - crearea reţelei informatizate de colectare a datelor - crearea bazei centrale de date - achiziţionarea *software*-ului necesar analizei datelor - analiza datelor colectate - interpretarea rezultatelor şi formularea concluziilor	Septembrie 2005 Decembrie 2005 Iulie 2007, Iulie 2008 Decembrie 2005 Iulie 2006, Iulie 2007, Iulie 2008 Iulie 2006, Iulie 2007, Iulie 2008	Septembrie 2005 Decembrie 2005 Iulie 2007, Iulie 2008 Decembrie 2005 Iulie 2006, Iulie 2007, Iulie 2008 Iulie 2006, Iulie 2007, Iulie 2008	-Observatorul Român pentru Droguri şi Toxicomanie în colaborare cu Ministerul Sănătăţii şi centrele de tratament	
	1.b.2. Colectarea datelor referitoare la bolile infecţioase (HVB/HVC/HIV) asociate consumului de droguri, prin efectuarea de studii în populaţia consumatoare de droguri injectabile	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Ministerul Sănătăţii, -Comisia Naţională de Luptă Anti-SIDA	
1.c. numărului de decese şi a mortalităţii ca urmare a consumului de droguri	1.c.1. Monitorizarea deceselor cauzate de consumul de droguri, în conformitate cu datele din: - Registrul Special de Mortalitate, - Registrul General de Mortalitate al INS - Evidenţele Institutelor de Medicină Legală	Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog, -Ministerul Sănătăţii -Institutele de Medicină Legală -Institutul Naţional de Statistică	
	1.c.2. Editarea unor ghiduri referitoare la criteriile de selecţie a cazurilor de deces [illegible] de	Decembrie 2006	Decembrie 2006	-Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	droguri şi distribuirea lor către instituţiile implicate			Sănătăţii	
	1.c.3. Derularea activităţilor derulate în scopul prevenirii deceselor prin supradoză	Decembrie 2006 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sănătăţii	
1.d. tendinţelor infracţionalităţii la regimul drogurilor şi cea asociată consumului	1.d.1. Colectarea datelor referitoare la infracţionalitatea la regimul drogurilor	Iunie 2005 Iunie 2006 Iunie 2007 Iunie 2008	Iunie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog. -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
	1.d.2. Colectarea datelor referitoare la criminalitatea asociată consumului de droguri	Iunie 2005 Iunie 2006 Iunie 2007 Iunie 2008	Iunie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog - Inspectoratul General al Poliţiei Române	
1.e. disponibilităţii drogurilor pe piaţă	1.e.1. Monitorizarea indicatorilor referitori la reducerea ofertei de droguri în vederea raportării la Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de droguri (EMCDDA)	Iunie 2005 Iunie 2006 Iunie 2007 Iunie 2008	Iunie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog -Direcţia Generală de Combatere a Crimei Organizate şi Antidrog	
2. Aplicarea unor sondaje la nivel naţional, la interval de minimum doi ani, finanţate de la bugetul de stat şi coordonate de Agenţia Naţională Antidrog, privind populaţia de risc, nivelul consumului de droguri şi al consecinţelor acestuia.	1.a.1. Efectuarea unui sondaj în populaţia generală referitor la cunoştinţe, atitudini, practici cu privire la nivelul consumului de droguri şi al consecinţelor acestuia	Septembrie 2008	Noiembrie 2007	-Agenţia Naţională Antidrog	
3. Realizarea unor evaluări independente referitoare la politicile de	3.1. Monitorizarea programelor din domeniul reducerii cererii de droguri desfăşurate de diferite instituţii/organizaţii	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
răspuns privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri, adoptate de instituţiile/organizaţiile publice şi private, prin monitorizarea intervenţiilor din domeniile: prevenirii consumului de droguri, asistenţei integrate a consumatorului (ocazional şi dependent) şi reducerii ofertei de droguri		2007 Decembrie 2008			
4.Diseminarea informaţiilor către instituţiile/organizaţiile cu atribuţii în reducerea cererii şi ofertei de droguri prin facilitarea accesului la informaţii şi a comunicării între şi cu toate instituţiile/organizaţiile implicate, în vederea adaptării politicilor de răspuns la nevoile identificate, prin :	4.1. Elaborarea Raportului privind situaţia drogurilor în România	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	
	4.2. Completarea tabelelor standard solicitate de Centrul European de Monitorizare a Drogurilor şi Dependenţei de droguri (EMCDDA)	Octombrie 2005 Octombrie 2006 Octombrie 2007 Octombrie 2008	Octombrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	
	4.3. Distribuirea Raportului către toate instituţiile implicate.	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	
	4.4. Crearea Centrului Naţional de Resurse privind Drogurile	Decembrie 2005	Decembrie 2005	-Agenţia Naţională Antidrog.	
	4.5. Editarea periodică a unui Buletin de Informare – Documentare	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	

OBIECTIV SPECIFIC	**Activităţi pentru realizarea obiectivelor**	**Termen de evaluare**	**Termen de realizare**	**Responsabili**	**Observaţii**
4.a. realizarea legăturii dintre nevoile identificate şi politicile de răspuns aplicate	4.a.1. Realizarea de analize pe baza datelor obţinute prin indicatorii de evaluare a fenomenului drogurilor	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	
	4.a.2. Adaptarea modalităţilor de intervenţie pe baza concluziilor analizelor efectuate	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog.	
4.b. asigurarea expertizei necesare pentru crearea şi/sau dezvoltarea reţelei de colectare a datelor	4.b.1. Organizarea şi participarea la cursuri de instruire specifice	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog. şi instituţiile implicate	
	4.b.2. Organizarea de întâlniri de lucru cu reprezentanţii instituţiilor publice şi private	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog. şi instituţiile implicate	

VI. COORDONARE INSTITUŢIONALĂ

Obiectiv general : Asigurarea unei concepţii strategice unitare, coordonarea implementării acesteia, monitorizarea şi evaluarea activităţilor de reducere a cererii şi a ofertei de droguri şi a celor de cooperare internaţională, colectarea, procesarea şi transmiterea datelor către organismele internaţionale, de către Agenţia Naţională Antidrog

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
1. Dezvoltarea capacităţii instituţionale şi operaţionale şi consolidarea rolului Agenţiei Naţionale Antidrog de coordonator naţional al luptei împotriva traficului şi consumului ilicit de droguri	1.1. Punerea în funcţiune a Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog judeţene şi la nivelul sectoarelor Municipiului Bucureşti şi integrarea lor în structura Agenţiei Naţionale Antidrog	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	1.2. Elaborarea strategiilor locale ale Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog	Iulie 2006	Iulie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog	
	1.3. Crearea Registrului Central de Investigaţii şi Cercetare în domeniul drogurilor şi interconectarea bazelor de date ale ANA, IGPR, IGPF, ANV, MP în scopul asigurării unui schimb de date şi coordonării eficiente a luptei antidrog	Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2007	-Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
2. Dezvoltarea cooperării între instituţiile de aplicare a legii, între acestea şi serviciile sociale, de sănătate publică şi structurile societăţii civile	2.1. Încheierea de protocoale locale de colaborare în domeniile de interes reciproc între instituţiile de aplicare a legii, între acestea şi serviciile sociale, de sănătate publică şi structurile societăţii civile	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog	
	2.2. Formarea reţelelor locale de prevenire a consumului ilicit de droguri	Iulie 2006	Iulie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog	
	2.3. Organizarea unor întâlniri periodice de informare reciprocă cu	Iulie, Decembrie 2005 Iulie,	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	toate instituţiile implicate în reducerea cererii şi ofertei de droguri	Decembrie 2006 Iulie, Decembrie 2007 Iulie, Decembrie 2008		implicate	
3. Monitorizarea indicatorilor în vederea standardizării acestora în raport cu indicatorii statistici europeni şi transmiterea datelor către organismele internaţionale de control a drogurilor	3.1. Implementarea unei grile de indicatori comună pentru toate instituţiile implicate în reducerea ofertei	Decembrie 2005	Decembrie 2005	-Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
	3.2. Elaborarea rapoartelor periodice de evaluare privind implementarea Strategiei Naţionale Antidrog şi transmiterea datelor către instituţiile şi organizaţiile naţionale şi internaţionale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog şi instituţiile implicate	
4. Dezvoltarea activităţii de cercetare ştiinţifică a fenomenului drogurilor	4.1. Înfiinţarea Consiliului Ştiinţific şi de Cercetare în cadrul Agenţiei Naţionale Antidrog, care să reunească personalităţi din România şi din străinătate, recunoscute pentru activităţile desfăşurate în domeniul drogurilor	Decembrie 2005	Decembrie 2005	-Agenţia Naţională Antidrog	
	4.2. Facilitarea includerii specialiştilor români în teme de cercetare specifice, dezvoltate de diverse instituţii internaţionale	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	
5. Monitorizarea şi evaluarea activităţilor de reducere a cererii şi ofertei de droguri desfăşurate de instituţiile implicate pentru fundamentarea politicilor antidrog	5.1. Monitorizarea şi evaluarea activităţilor de reducere a cererii şi ofertei de droguri desfăşurate de instituţiile implicate	Iulie , Decembrie 2005 Iulie, Decembrie 2006 Iulie, Decembrie 2007 Iulie, Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	
	5.2. Monitorizarea şi evaluarea utilizării resurselor financiare alocate instituţiilor cu responsabilităţi în domeniul	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	reducerii cererii şi ofertei de droguri	Decembrie 2008			
	5.2. Realizarea unor prognoze privind fenomenul drogurilor pe baza evaluărilor efectuate	Decembrie 2006 Decembrie 2008	Decembrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	
6. Informarea organismelor internaţionale în legătură cu evoluţia fenomenului drogurilor	Realizarea Raportului Naţional privind Situaţia Drogurilor şi transmiterea acestuia la EMCDDA.	Octombrie 2005 Octombrie 2006 Octombrie 2007 Octombrie 2008	Octombrie 2005 Octombrie 2006 Octombrie 2007 Octombrie 2008	-Agenţia Naţională Antidrog	
7. Dezvoltarea activităţilor de elaborare, coordonare şi monitorizare a programelor şi proiectelor privind reducerea cererii şi ofertei de droguri şi atragerea de resurse pentru implementarea acestora.	7.1. Constituirea unei asociaţii a donatorilor pentru sprijinirea financiară a programelor şi proiectelor antidrog din România	Decembrie 2006	Decembrie 2006	- Agenţia Naţională Antidrog	
	7.2. Identificarea instituţiilor şi organismelor internaţionale interesate să susţină financiar activităţile de reducere a cererii şi ofertei de droguri.	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	7.3. Elaborarea şi adoptarea unei grile de evaluare şi monitorizare a programelor şi proiectelor antidrog	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	7.4. Monitorizarea prin intermediul Centrelor de Prevenire, Evaluare şi Consiliere Antidrog a programelor şi proiectelor locale privind reducerea cererii şi ofertei de droguri	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
8. Asigurarea reprezentării României pe plan internaţional în legătură cu fenomenul drogurilor.	8.1. Pregătirea documentelor-suport pentru reprezentanţii României care participă la reuniuni oficiale internaţionale consacrate problemei drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog - Ministerul Sanatatii	
	8.2. Asigurarea suportului financiar necesar reprezentării României în cadrul principalelor reuniuni internaţionale pe linie de droguri	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	Ministerul Administraţiei şi Internelor	
9. Consolidarea şi	9.1. Implementarea Programului „Marea	Decembrie 2005	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
implementarea Programului Marea Alianţă Română Antidrog prin cooperarea tuturor instituţiilor implicate.	Alianţă Română Antidrog" (MARA) având ca obiectiv general constituirea şi implementarea Sistemului Naţional Integrat de Prevenire şi Combatere a Traficului şi Consumului Ilicit de Droguri în Perspectiva Aderării la Uniunea Europeană, in conditiile legii.	Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008		Antidrog şi instituţiile implicate	
10. Dezvoltarea promovării politicilor antidrog prin intermediul sistemelor moderne de comunicare	10.1. Dezvoltarea site-ului A.N.A. prin includerea unor materiale audio şi video ce vor putea fi preluate şi difuzate de presa audio-vizuală	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	10.2. Prezentarea periodică a unor analize media şi a rezultatelor monitorizării mijloacelor de comunicare ce abordează probleme specifice drogurilor	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	10.3. Elaborarea unei Strategii de Comunicare în domeniul drogodependenţei	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	10.4. Elaborarea Ghidului de bune practici în domeniul comunicării, care va fi pus la dispoziţia Centrelor de Prevenire Evaluare şi Consiliere Antidrog	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
11. Extinderea colaborării cu mass-media	11.1. Organizarea unor cursuri de pregătire a jurnaliştilor în domeniul drogurilor	Decembrie 2005	Decembrie 2005	- Agenţia Naţională Antidrog	
	11.2. Realizarea unor materiale de presă referitoare la implementarea Strategiei Naţionale Antidrog, ce vor fi puse la dispoziţia mediilor de comunicare	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	11.3. Continuarea proiectului de colaborare cu Societatea Română de Televiziune în ceea ce priveşte difuzarea săptămânală a emisiunii "Alege viaţa"	Decembrie 2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	Decembrie 2008	- Agenţia Naţională Antidrog	
	11.4. Promovarea, prin	Decembrie	Decembrie	- Agenţia	

OBIECTIV SPECIFIC	Activităţi pentru realizarea obiectivelor	Termen de evaluare	Termen de realizare	Responsabili	Observaţii
	intermediul Centrelor de Prevenire Evaluare şi Consiliere Antidrog a materialelor cu tematică antidrog în presa locală scrisă şi audio-vizuală	2005 Decembrie 2006 Decembrie 2007 Decembrie 2008	2008	Naţională Antidrog	

Note-CAP.IV.

1-prof. univ. dr. Gheorghe Diaconescu, *Infracţiunile în Legi Speciale Penale şi Extrapenale***, Ed. ALL, Bucureşti-1996, pag.360;**
2-Nicolae Volonciu, *Tratat de Procedură Penală – partea specială***, Ed. Paideia, Bucureşti-1996, pag.57, vol.II.;**
3-N. Volonciu, *op. cit. – partea generală***, pag.440-441, vol.I.;**
4-Constantin Mitrache, *Drept Penal Român – partea generală***, Casa de editură şi presă "Şansa" S.R.L, Bucureşti-1997, pag.116;**
5-Z. Ander, I. Bilegan, V. Molnar, *Medicina Legală***, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti-1966, pag.111-112;**
6-Idem 5;
7-sub redacţia Vladimir Beliş, *Tratat de Medicină Legală***, Ed. Medicală, Bucureşti-1995, pag.291, vol.II.;**
8-sub redacţia Vladimir Beliş, *op. cit.***, pag.292;**
9-Dr. Gheorghe Vuzitas, Dr. Aurelian Anghelescu, *Neurologie şi Psihiatrie***, Societatea "Ştiinţă şi Tehnică", Bucureşti-1996, pag.129;**
10-sub redactia Vladimir Beliş, *op. cit.***, pag.292;**
11-sub redactia Vladimir Beliş,*op. cit.***, pag.293;**
12-Dr. Gheorghe Vuzitas, Dr. Aurelian Anghelescu, *op. cit.***, pag.130;**
13-Z. Ander, I. Bilegan, V. Molnar, *op. cit.***, pag.128;**
14-prof. dr. Rodica Mihaela Stanoiu, *Criminologie***, Ed. Oscar Print, Bucureşti-1997, pag.65;**
15-Stelian Ţurlea, *Bomba Drogurilor***, Ed. Humanitas, Bucureşti-1991, pag.11;**
16-Stelian Ţurlea, *op. cit.***, pag.18;**
17-Lucian Ionescu, *Criminalistica – note de curs***, Bucureşti-1999, pag.128;**
18-prof. univ. dr. Emilian Stancu, *Criminalistica***, Ed. Actami, Bucureşti-1999, pag.10, vol.I.;**
19-Parchetul de pe lângă Tribunalul Bucureşti, *Material Informativ;*
20-Emilian Stancu, *op. cit.***, pag.390 şi urm.,vol.II.**

TENDINȚELE TRAFICULUI DE DROGURI ÎN ȚĂRILE AFLATE ÎN TRANZIȚIE

POTRIVIT STATISTICILOR cu privire la informaţiile existente şi capturi, traficul de droguri se situează pe un trend ascendent în multe din ţările aflate în tranziţie. Statisticile privind capturile de droguri ilicite nu pot reflecta decât rareori, volumul real al traficului de drog. În ciuda acurateţei limitate (sau a inadvertenţelor) date de caracterul lor "de control, ad-hoc", statisticile capturilor pot oferi, dacă sunt urmărite pe o perioadă mai lungă de timp, o imagine relativ exactă a tendinţelor manifestate în traficul de droguri. Acesta este şi cazul ţărilor aflate în tranziţie. Din prisma acestui punct de vedere se poate afirma cu o mare doză de certitudine că, traficul de droguri pe teritoriul ţărilor aflate în tranziţie a crescut substanţial în ultimii ani. Cele mai intens traficate substanțe sunt: canabisul, derivaţii de opium, cocaina şi stimulanţii de sinteză.

Heroina

Datorită unui număr de factori analizaţi în cele ce urmează, ţările aflate în tranziţie servesc în prezent drept puncte importante de tranzit pentru traficul de opium şi heroină.

Datele UNDPC au arătat o creştere a capturilor de heroină în zonă, de aproape şase ori, până la 1,6 tone în perioada 1989-1993. În 1989, cantitatea de heroină capturată în spaţiul Europei Centrale şi de răsărit şi în Uniunea Sovietică era echivalentă cu 5% din cantitatea totală de heroină capturată în Europa. La nivelul anului 1993, raportul crescuse la 18%. Raportul procentual al capturilor de heroină din Europa de Răsărit la totalul mondial a crescut în perioada 1989 – 1993, de la 1% la 6 %.

Creşterea traficului de heroină în şi prin ţările aflate în tranziţie se datorează mai multor factori:

➲ Aceste ţări sunt localizate între cele mai mari surse din lume ale furnizorilor de opium (din Asia de sud-vest) şi pieţele active de desfacere cu amănuntul din Europa Occidentală, fapt care nu se recunoaşte că ar explica în şi de la sine creşterile înregistrate în ultimii ani- însă amplasarea geografică le-a făcut deosebit de vulnerabile manifestării altor fenomene care au contribuit indirect la creşterea nivelurilor traficului de droguri. Unul dintre acestea îl constituie intensificarea spectaculoasă a cultivării opiumului în Afanistan din ultima decadă. La mijlocul anilor '80 producţia de opium din Afganistan se ridică la circa 800 de tone annual. Analize mai recente ale UNDPC sugerează că, la începutul anilor '90, în Afganistan se produceau anual 2000 de tone de opium. În 1994, producţia a fost de peste 3000 de tone. Iar înainte de interventia militara americana Afganistanul devenise producătorul mondial de opiu cu o productie de cca 6000 de tone.

➲ Războiul din fosta Iugoslavie a modificat aşa-numita "rută balcanică" a traficului ilicit de droguri (care traversa până nu demult Turcia, Grecia, Bulgaria şi Iugoslavia) ca reacţie la stările conflictuale, taficanţii de droguri au deviat calea activităţii lor în interiorul şi prin teritoriul altor ţări aflate în tranziţie care sunt în mai mare măsură nepregătite să combată comerţul ilicit. Canalele de trafic au fost deviate prin România, Ungaria, Slovacia, Republica

cehă şi Polonia, înainte de atingerea destinaţiei finale din Europa Occidentale, în special Germania, Ţările de jos şi Marea Britanie. Potrivit datelor Interpolului, circa 80% din heroina traficată înspre Europa Occidentală în 1994 a trecut prin contrabandă din Asia de sud-vest în Turcia şi apoi pe ruta balanică existentă. Desigur se poate argumenta că războiul din fosta Iugoslavie nu a făcut decât să devieze cursul comerţului ilicit cu heroină. Este semnificativ totuşi faptul că, multe ţări situate pe noua rută balcanică nu au mecanismele de a controla eficient acest trafic; astfel, în prezent, un volum mai mare de trafic ilicit are mai multe şanse să ajungă pe pieţele de consum din Europa Occidentală.

Sporirea forţelor de ordine de-a lungul căilor tradiţionale care leagă Pakistanul de Turcia, în special de-a lungul graniţei dintre Pakistan şi Iran, i-a determinat pe traficanţi să mute o parte din operaţiunile lor către Asia Centrală. Numeroase rapoarte demonstrează faptul că, republicile din Asia centrală devin puncte importante de intrare pentru opiumul din Afganistan. Cea mai mare parte a opiumului este apoi traficată în Turcia pentru a fi rafinată în heroină şi transportată pe ruta balcanică. Cu toate acestea, este din ce în ce mai des întânită rafinarea în zona graniţei afgane şi ţările învecinate din Asia Centrală, a încărcăturilor care urmează să fie transportate prin Rusia. Transporturile directe din Afganistan prin Asia centrală şi Rusia reprezintă în prezent circa 10% din cantităţile traficate de-a lungul rutei balcanice.

Cultura macului pentru opium s-a extins în republicile Asiei centrale. Cultivarea tradiţională a macului pentru opium destinat uzului legal a fost depăşit de industria ilegală. Conform evaluărilor, se pare că în statele Asiei centrale sunt cultivate circa 5000 de hectare de mac în vederea extragerii opiumului, fapt ce ar echivala cu de peste două ori suprafeţele cultivate cu mac pentru opium în Thailanda, două treimi din cele cultivate în Afganistan.

Un alt factor important îl constituie liberalizaea legăturilor politice şi comerciale dintre est şi vest. Aceasta a stimulat dezvoltarea comerţului legal, a traficului şi deplasărilor între statele Europei occidentale şi cele ale Europei de est. Această dinamică îmbracă un aspect pozitiv, dar cu toate acestea, volumul comercial crescut va facilita involuntar activitatea traficanţilor de droguri o dată cu creşterea volumului comercial scade riscul depistării traficului ilegal de droguri. Unul dintre exemplele care ilustrează legătura dintre comerţul legal, aflat într-o expansiune rapidă şi traficul de droguri este zona de graniţă dintre Austria şi vecinii acesteia: Ungaria, Slovacia, Cehia. Volumul comerţului desfăşurat între Austria şi aceste ţări a crescut în perioada 1989 – 1994 cu circa 230%. Această creştere a fost însoţită de o masivă creştere a numărului de turişti cât şi de tranzit comercial. Ca urmare, creşterea comerţului legal a fost acompaniat de un val de trafic de heroină, orchestrat în cea mai mare parte de grupuri de infractori din Turcia, ex-Iugoslavia şi într-o mai mică măsură din Bulgaria şi România. Între 1989 şi 1994, numărul persoanelor acuzate de încălcarea legii narcoticelor în Austria, a crescut cu 280%, numărul decesurilor legate de consumul şi abuzul de droguri a crescut (la 250 de persoane în 1994) cu 300%, cea mai mare parte a acestor decese a avut loc în provinciile estice ale Austriei; în apropiere de Slovacia, Ungaria şi Cehia.

Cocaina

Traficul de cocainã a cunoscut o creştere rapidă în ţările aflate în tranziţie, în perioada anilor '90. Cantitatea de ocainã capturată în 1993 a fost de 1,3 tone aproximativ egală cu cea de heroinã. Procentul reprezentat de cantitatea totală de cocainã capturată în Europa de est, faţă de cantitatea capturată la nivel mondial, a cunoscut o creştere de la mai puţin de 0,1% în 1989 la 0,5% în 1994. Rusia, Polonia şi România au cunoscut o creştere deosebită a taficului de cocainã. Până în 1994, Polonia părea să fie cea mai atractivă ţară din Europa de est pentru traficul de cocainã capturată, ce a fost tansportată prin contrabandă pe mare din ţările Americii

Latine (Columbia, Ecuador, Venezuela) sau prin intermediari din Africa (cum ar fi Mozambicul). Raportat la cifrele anului 1993, capturile de cocaină din Polonia au crescut în 1994 de aproape 5 ori, ajungând la 0,5 tone. În plus, autorităţile britanice au efectuat o captură record, reţinând 1,2 tone cocaină încărcate în Venezuela la bordul unui vas polonez.

Stimulenţii sintetici şi alte substanţe psihotrope

În multe ţări aflate în tranziţie, spargerea monopolurilor de stat din industria chimică a făcut să apară în acest domeniu, sute de noi producători şi comercianţi interni. Pe lângă şomajul ridicat în rândul chimiştilor şi scăderea producţiei în sectorul chimic/farmaceutic, acest lucru a stimulat producţia ilegală de droguri de sinteză pentru consumul intern şi pentru export. Şi poate cel mai important, este faptul că, niciodată nu a fost mai uşor de realizat devierea produselor chimice de bază şi a materiilor prime de pe canalele legale spre cele ilegale.

În perioada 1989 – 1994, organizaţii cunoscute din Europa de est, în special din Polonia, şi-au lărgit pieţele de distribuţie pentru amfetamina importantă din Europa occidentală, de la circa 5% la circa 20%. Organizaţia mondială a vămilor a declarat că totalul cantităţii de substanţe stimulente capturate în Europa de est reprezenta în 1993, 4,5% din cantitatea de amfetamină capturată la nivel mondial. Zona oraşului St. Petesburg şi împrejurimile sale, s-a remarcat ca fiind centrul producţiei clandestine.

TENDINŢE ACTUALE ALE CONSUMULUI ŞI ABUZULUI DE DROGURI ÎN ŢĂRILE AFLATE ÎN TRANZIŢIE

➲ Încă din epoca comunistă, multe ţări din Europa Centrală şi de est şi din Uniunea Sovietică, în special Rusia, se confruntau cu grave probleme legate de consumul de alcool. Consumul excesiv al anumitor produse farmaceutice legale devenise o problemă la sfârşitul anilor ’80. căderea comunismului a condus la dezmembrarea sistemelor de distribuţie a produselor farmaceutice legale controlate de stat, la facilitarea pătrunderii lor în ţară şi în acest fel la creşterea posibilităţii abuzului în folosirea lor deşi consumul exagerat de alcool, asociat adesea cu consumul produselor farmaceutice (legale), reprezintă în această regiune, problema cea mai importantă legată de abuzuri, cea mai mare preocupare o reprezintă consumul în creştere a opiaceelor şi a altor droguri ilegale.

După 1989, un număr de indicatori indirecţi, de genul, numărul de persoane care solicită ajutor medical, numărul pacienţilor cuprinşi în programele de dezintoxicare, numărul persoanelor condamnate sub acuzaţia de uz şi abuz de droguri şi numărul celor decedate în urma drogurilor) conduc la ideea că, creşterea înregistrată nu se datorează doar îmbunătăţirii sistemului oficial de raportare.

Punctele vulnerabile de ordin structural exploatate de crima organizată

Din analizele realizate se desprinde faptul că există o legătură şi anume, amploarea fenomenului de crimă organizată pe de o parte şi creşterea abuzului de droguri, pe de altă parte, în sensul că prima este adeseori elementul dinamic al celei de-a doua.

Livrările transfrontaliere ilegale şi canalele de distribuţie interne sunt în multe cazuri opera grupărilor crimei organizate. Prin urmare, tocmai de aceea, preocupările faţă de problema

drogurilor ilicite şi cea faţă de crima organizată nu trebuie disociate, cele două probleme sunt de fapt strâns legate între ele.

Este util să considerăm ca pe un fenomen unitar vulnerabilităţile de ordin structural faţă de traficul de droguri, abuzul de droguri şi crima organizată. Vulnerabilitatea poate fi atribuită următoarelor trăsături/aspecte caracteristice:

- fragilitatea noilor instituţii politice şi financiare,
- lipsa de familiarizare cu cerinţele reglementării legale a economiilor de piaţă,
- pierderea credibilităţii insituţiilor statului pentru controlul social,
- absenţa unei societăţi civile adaptate la funcţionarea unei democraţii liberale.

În multe cazuri, introducerea reformelor economiei de piaţă s-a produs pe fondul nefavorabil al familiarizării lente cu trebuinţele reglementării economiei de piaţă şi, ca urmare, organizaţiile criminale au posibilitatea de a exploata intervalul dintre introducerea reformelor şi instaurarea unui mediu reglementar minimal. Astfel, cu privire la creşterea fenomenului crimei organizate şi a traficului de droguri, preocuparea principală o constituie nu numai capacitatea autorităţilor de asigura un climat securizant şi de stabilitate socială ci, incapacitatea instituţiilor nou create de a controla şi de a reglementa în mod eficient activităţile încă nefamiliare din sectorul particular, cum ar fi activitatea comercial-bancară. Dată fiind instabilitatea procsului de reformă (convulsii sociale, etc.), există un număr mare de posibilităţi de camuflare a originii fondurilor monetare infracţionale şi de pătrundere a pieţelor legale.

Organizaţiile criminale pot achiziţiona active în ţările aflate în tranziţie, tocmai datorită deficienţelor existente în aplicare a regulilor de bază ale investiţiilor.

Creşterea numărului infracţiunilor de tipul spălării banilor, al cămătăriei şi speculei, poate fi atribuită de asemenea, deteriorarii accentuate a consumului în tranziţie, dat fiind că în prezent.

Pe lângă dificultăţile existente în contextul activităţilor din domeniul privat, multe din instituţiile tradiţionale se confruntă cu slabe resurse financiare şi umane.

Absenţa unei societăţi civile împiedică dezvoltarea şi promvarea eficientă a campaniilor comunitare împotriva acestui flagel.

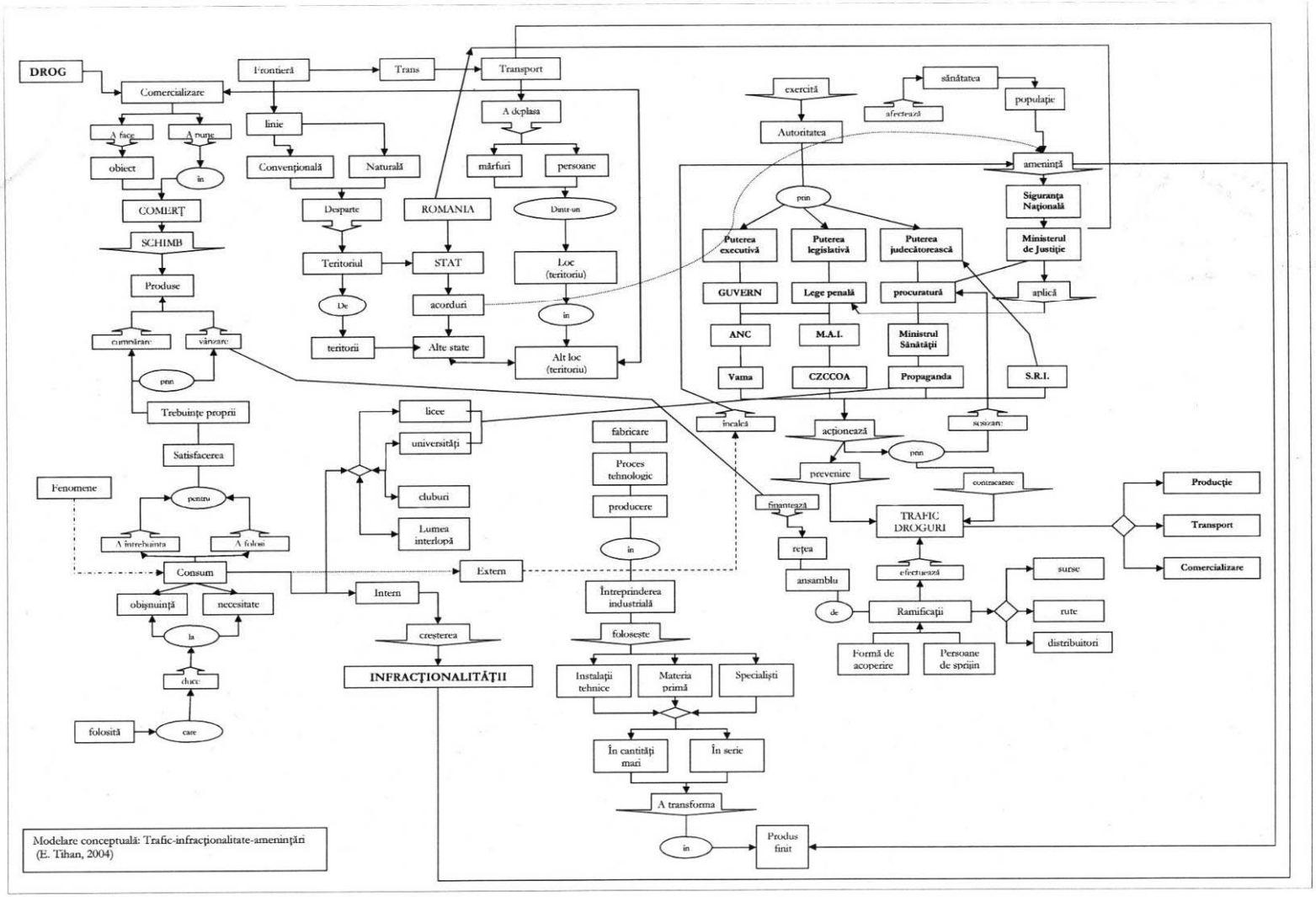
Totalul comerţului cu heroină din Asia de sud-vest spre Europa, care atinge o cifră probabilă de circa 200 tone/anual, pentru Europa vestică, evaluată constant la preţuri de desfacere cu amănuntul între 80–100 $/gram - însumează un volum de afaceri între 16 şi 20 miliarde dolari. Datele despre acest fenomen reliefează că aproape jumătate din "valoarea adăugată" în Europa occidentală este generată la nivelul desfacerii cu amănuntul din ţările de distribuţie. Astfel, luând ca valoare estimativă constantă preţurile situate între 80 – 100 /gram ale heroinei, organizaţiile internaţionale de trafic, furnizoare ale en-gros-iştilor la nivel de ţară din Europa occidentală pot câştiga circa 8-10 miliarde dolari/an.

În ultimii 19 ani, volumul total al drogurilor confiscate, incluzând heroina, morfina, opiu şi haşiş a fost mai mare de 1260 tone, numai în 1997 fiind confiscate mai mult de 194 tone de diverse droguri incluzând mai mult de 37 tone de heroină şi mai mult de 11 tone de haşiş. Volumul de heroină capturată în 1997 indică o creştere de 100% în comparaţie cu 1996, în timp ce în aceeaşi perioadă s-a înregistrat o scădere cu 30% la capturarea de heroină în Europa. Costurile producţiei propriu-zise (cultivarea opiumului, procesarea acestuia în heroină) sunt neglijabile, reprezentând mai puţin de 1% din preţul de desfacere cu amănuntul. Rapoartele asupra problematicii sugerează că o proporţie crescândă din această valoare adăugată prin trafic, echivalează cu circa 1-3% din PNB general al ţărilor aflate în tranziţie din Europa de est.

Segmentarea pe naţionalităţi a traficanţilor de droguri depistaţi (1994 – conform Interpol) arată că turcii reprezintă 50% iar vest-europenii 12% lăsând 38% locuitorilor est-europeni (inclusiv celor cu naţionalitatea neprecizat). Faţă de situaţia din 1993, raportul est-europenilor a crescut de la 13% la 38%, ceea ce confirmă participarea crescândă a organizaţiilor traficanţilor de droguri din Europa de est la traficul cu heroină.

În încheiere nu putem să nu amintim că, consumul de droguri, producerea şi traficul ilegal de droguri sunt considerate dintre cele mai grele probleme şi dificultăţi ale comunităţii inernaţionale în inceputul mileniului al III-lea, şi de aceea, cooperarea între ţările lumii în eradicarea acestui flagel trebuie privit ca cel mai umanitar mod de cooperare în conjuctura actuală.

În afară de efectele negative asupra vieţii sociale şi economice a oamenilor, extinderea şi diversificarea drogurilor ilegale, al căror comerţ este estimat la 400 miliarde dolari/an, nu a lăsat moştenire decât crime şi nenorocire în special pentru generaţia tânără.



Modelare conceptuală: Trafic-infracționalitate-amenințări
(E. Tihan, 2004)

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

« Probabil ai mers la multe chefuri, mai ales daca locuiesti in campus. Cand se incinge cheful, ti se intampla sa vezi cate o persoana cu ochii atat de sticlosi, incat ai senzatia ca nu poate fi doar de la nelipsitul stimulent alcoolic al chefurilor. Mai mult, apare cate un tip care iti ofera generos un fum, o tigara sau o pastila, gratis, asa pentru ca are el placerea ca tu sa te simti mai bine. Se repeta figura cu gratis inca o data sau poate de doua ori, apoi ajungi sa ii ceri tu, se rezolva si de data asta, insa cu o mica diferenta: iti cere bani, apoi ajungi sa ii ceri din ce in ce mai des. Asa, fara sa iti dai dai seama, devii dependent. Este atat de simplu, incat nici nu aveam cum sa scriu mai multe fraze. Mai greu este insa dupa, cand iti dai seama ca nu mai poti sa traiesti fara, si asa incepi sa furi, sa vinzi din lucrurile personale, sa te prostituezi etc.

Sa te lasi este aproape imposibil: ani intregi de chinuri in centre de recuperare.

Efectele: initial par placute, mai ales imediat dupa administrare, insa imediat dupa asta apar dureri inimaginabile.»

Trupul unui toxicoman ajunge o epava infioratoare. Trupul acela pe care Dumnezeu l-a dat pentru a fi "templu al Duhului Sfant", devine batjocura diavolului, situatia respectiva e de plans. E de plans mai ales faptul ca noi, cei care pretindem ca suntem niste oameni normali, in loc sa ii compatimim, sa ii ajutam si sa ne rugam pentru ei, ii marginalizam, ba chiar mai mult decat atat, unii dintre noi le doresc moartea. Si atunci se naste o intrebare: "Se poate numi om, acela care doreste moartea fratelui sau?"

Nimic nu poate fi mai deprimant decat locuinta ori cateva haine si un pat cu asternuturi invechite si arse, cateva cuie batute in perete, unde candva erau asezate tablouri (vandute mai apoi), o atmosfera infiorator de apasatoare. Locuinta unui toxicoman este gura iadului - anti-camera mortii totale "unde viermele nu doarme... plansul si crasnirea dintilor".

Drogul este o capcana din care se iese cu greu, sau nu se iese niciodata, dar datoria noastra este sa-i intindem mana.

Organismul adolescentului sau tanarului care a consumat stupefiante are reactii diverse in functie de drogul administrat:

- halucinatie;
- somnolenta;
- ochi foarte rosii, pupile marite sau contractate;
- tras la fata, privire animalica;
- dezinteresul pentru viata sexuala sau, dimpotriva;
- neglijarea tinutei; grosolania in limbaj; plafonarea intelectuala, micsorarea capacitatii de gandire;
- nesiguranta in mers;
- atitudini de prostut, cu ras fara motiv;
- uita foarte repede;
- pofta de mancare, mai ales pentru dulciuri sau, dimpotriva, lipsa poftei de mancare;
- fumeaza foarte mult;
- indiferenta si detasare fata de cei din jur sau comportament agresiv;
- halucinatii auditive si vizuale;
- fantezie prodigioasa in crearea minciunilor: scopul - obtinerea de bani;
- cerere insistenta si progresiva de bani, acte antisociale: furt, talharii;
- tendinta de a masca faptul ca s-a drogat (injectarea in locuri ascunse; arderea cu tigara a locului injectat);
- dispretul fata de viata;

- nepasarea fata de eventualitatea mortii;
- dorinta incipienta de sinucidere;
- refuzul internarii in spital;
- cand accepta internarea, cauta modalitati de procurare a drogurilor.

Consumul periodic de stupefiante duce la aparitia tulburarilor respiratorii si a constipatiei, scaderea in greutate, iar la femei apare menstruatia neregulata. Din punct de vedere psihic pot aparea: anxietate, schimbari ale starii de spirit, paranoia, oboseala extrema, iritabilitate, depresie si insomnie grava, somn agitat si neodihnitor. Toxicomanii sfarsesc de regula prin sinucidere, supradoza, infarcte miocardice, accidente vasculare cerebrale, blocaj renal si ciroza hepatica.

Lipsa drogului produce stari de criza manifestate prin nervozitate excesiva, violenta, talharie si criminalitate. Aceasta este perioada de sevraj. In sevraj simptomele si intensitatea lor difera in functie de drogul administrat. Cel mai puternic sevraj apare la heroina si se manifeta prin: tremur puternic, dureri articulare si musculare, dureri abdominale insotite de simptome specifice starii de gripa (greata, varsaturi, febra, frisoane, transpiratii), neliniste si insomnie acuta. Readministrarea drogului readuce organismul intr-o stare de aparenta normalitate si aceasta dureaza doar cateva ore. Impresia ca drogul il salveaza pe toxicoman este o iluzie ieftina. Pentru a scapa cu adevarat de acest cosmar toxicomanului ii trebuie multa vointa si stapanire de sine, dar si mult ajutor si intelegere din partea celor apropiati. Intoarcerea unui toxicoman inseamna foarte mult.

Un toxicoman scos din ghearele iadului se naste a doua oara.

Zone de intervenţie

a) Tipologiile intervenţiilor, cu descrierea sintetică a acestora:

- *Obiective:*
  - *Dezvoltarea prevenţiei primare, secundare şi terţiare*
  - *Analiza situaţiei epidemiologice*
  - *Evaluarea corectă a numărului de dependenţi şi monitorizarea acestora*
  - *Limitarea numărului de dependenţi de droguri*
  - *Dezvoltarea serviciilor medicale speciale, în concordanţă cu cele din Uniunea Europeană*
  - *Armonizarea legislaţiei naţionale în conformitate cu legislaţia în domeniu din Uniunea Europeană*
- *Grupuri ţintă:*
  - *Personalul care îndeplineşte sarcini în educarea pentru sănătate*
  - *Toate categoriile de personal implcat în tratamentul dependenţei de drpguri*
  - *Consumatori şi dependenţi*
  - *Tineri la risc în ce priveşte drogurile*
- *Propuneri Settings*
  - *Stabilirea, la nivel naţional, a unei reţele de educatori şi consilieri în domeniul drogurilor;*
  - *Stabilirea, în Bucureşti, a câtorva circuite complete pentru tratamentul dependenţilor;*
- *Rezultate*
  - *Programe naţionale de educaţie în şcoli;*
  - *Stabilirea unui cadru legislativ adecvat pentru serviciile medicale de tratere a dependenţilor;*
  - *Deschiderea a două centre de dezintoxicare, la Bucureşti şi la Iaşi;*
  - *Dezvoltarea programului de menţinere pe metadonă, în Bucureşti;*
  - *Deschiderea primei secţii de reabilitare psihosocială la Bălăceanca, lângă Bucureşti;*
  - *Iniţierea unei noi secţii de dezintoxicare pe baza unui program de menţinere pe metadonă, la Constanţa;*
  - *Echiparea acestor unităţi de tratament cu echipament adecvat investigaţiilor ambulatorii;*
  - *Fainanţarea activităţilor de prevenire şi a structurilor de tratament cu fonduri de la Ministzerul Sănătăţii;*
  - *Sensibilizarea media şi a opiniei publice faţă de existenţa unei probleme cu privire droguri în România.*

Prevenţia primară

Descrierea noilor dezvoltări în strategiile de prevenire

Perioada copilăriei şi familia

a) Intervenţii în prima copilărie

În anul 2000 nu au existat programe care să includă intervenţii pentru prima perioadă a copilăriei.

b) Prevenţia în cadrul familial

-În cadrul Proiectului Phare "Noi tehnici educaţionale pentru reducerea cererii de droguri", care a fost condus în trei judeţe pilot: Timiş, Dolj and Galaţi, deşi scopul proiectului era acela de a face o analiză a situaţiei cu privire la informaţiile necesare populaţiei, unul dintre grupurile ţintă luate în studiu a fost acela al părinţilor. Din acest studiu a rezultat că părinţii consideră problema drogurilor drept una de sănătate publică a comunităţii din care fac şi ei parte. Aceştia mai consideră important să fie informaţi cu privire la droguri şi doresc să coopereze la îndeplinirea programelor de educaţie şi la diseminarea informaţiilor.

- A fost editat, în 5000 de exemplare, un ghid pentru părinţi, care abordează subiecte legate de droguri.

Programe şcolare

Ministerul Educaţiei Naţionale a creat cadrul necesar pentru îndeplinirea anumitor activităţi educaţionale de prevenţie.

Programa şcolară

În programa şcolară opţională (la alegerea şcolii) s-au abordat teme legate de prevenirea consumului de droguri, la orele de dirigenţie, consiliere şcolară, biologie, chimie şi educaţie civică.

La orele de dirigenţie, diriginţii , ca şi ceilalţi prifesori solicită medicilor, asistentelor medicale, psihologilor, avocaţilor, reprezentanţilor Ministerului de Interne să prezinte documente legate de subiectul drogurilor, cum ar fi: Principalele categorii de droguri şi efectele lor, Cauzele care îi determină pe tineri să consume droguri etc.

Materiale didactice

Manualul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii "Tinerii şi consumul de droguri" a fost editat în 17.000 de exemplare, acoperind necesarul pentru toate şcolile din zonele urbane ale ţării.

În paralel s-au desfăşurat programe de pregătire pentru utilizatorii manualului, majoritatea fiid profesori.

În afară de manual, profesorii au mai folosit broşuri, postere şi casete video, puse la dispoziţie de Direcţia Judeţeană de Sănătate Publică, prin intermediul Serviciilor de Promovare a Sănătăţii, a Centrului Naţional pentru Promovarea Sănătăţii şi Programe din cadrul institutului de Management al Serviciilor de Sănătate, precum şi de Inspectoratele Judeţene de Poliţie şi ONG-uri.

Principii directoare pentru strategia şcolară

- *Au fost înfiinţate cursuri postuniversitare în domeniul educaţiei pentru sănătate pentru profesori;*
- *Proiectarea temelor pentru orele de educaţie pentru sănătate;*
- *Editarea manualelor de educaţie pentru sănătate;*
- *Menţinerea şi dezvoltarea unor parteneriate cu organisme guvernamentale şi nonguvernamentale în scopul dezvoltării programelor şi activităţilor specifice acestui domeniu.*

Pregătirea profesorilor

Deşi, la nivel naţional, nu există un cadru instituţional pentru derularea unor cursuri speciale de pregătire, asemenea activităţi au fost organizate la nivel local (judeţean), de către Inspectoratele Şcolare Judeţene împreună cu structuri guvernamentale şi nonguvernamentale.

Au fost derulate două programe de pregătire pentru prefesori, acoperind regiuni din Moldova şi Muntenia, în scopul folosirii manualului OMS.

Au mai avut loc scurte întâlniri între profesori şi diverşi specialişti, cum ar fi medici, avocaţi, psihologi, poliţişti etc.

Seminarii pentru părinţi:

În majoritatea şcolilor au avut loc seminarii pentru părinţi, în cadrul cărora s-au abordat subiecte legate de consumul de droguri (influenţa lor asupra sănătăţii, dependenţa, problemele sociale, prebleme de natură juridică).

Colaboratori

Şcolile cooperează cu:

- *Departamentele Judeţene de Sănătate Publică, în special prin intermediul Serviciilor Judeţene de Promovare a Sănătăţii şi Programe de Educaţie pentru Sănătate, care furnizează materiale didactice şi organizează seminarii tematice, cu ajutorul cabinetelor şcolare, a spitalelor, a serviciilor de planificare familială;*
- *Inspectoratele de Poliţie ale judeţelor, care furnizează materiale informative şi organizează ateliere de lucru pentru elevi şi profesori;*
- *Departamentele judeţene pentru Tineret şi Sport;*
- *Departamentele judeţene pentru Protecţia Copilului;*
- *Posturi TV şi staţii radio locale;*
- *Biserica;*
- *Oficiul pentru Protecţia Consumatorului;*

Şcolile şi, implicit, inspectoratele şcolare au dezvoltat relaţii de parteneriat cu diferite organizaţii nonguvernamentale (obţinând materiale informative, organizând seminarii şi ateliere de lucru, cursuri de pregătire pentru prefesori etc). Unele dintre aceste ONG-uri sunt:

- *Societatea "Crucea Roşie" (în judeţele Teleorman, Tulcea)*
- *UNICEF (în judeţul Argeş)*
- *Salvaţi Copiii (în judeţele Argeş, Mureş)*
- *Tineri pentru tineri (în judeţele Botoşani, Maramureş, Mehedinţi, Mureş, Sibiu)*
- *GRADO (în judeţele Argeş, Botoşani)*
- *Încrederea (în judeţul Bihor)*
- *Catharsis (în judeţul Braşov)*
- *Asociaţia Română de Luptă Împotriva Drogurilor (în judeţul Braşov)*
- *Asociaţia Română de Educaţie pentru Sănătate (în judeţul Cluj)*

- *Fundaţia Ecologică "Noua Alianţă" (în judeţul Giurgiu)*
- *Societatea pentru Educaţie Contraceptivă şi Sexuală (SECS) (în judeţele Mehedinţi and Mureş)*
- *OASIS (în judeţul Mureş)*
- *Fundaţia SOROS (în judeţul Satu Mare)*
- *Federaţia Internaţională a Comunităţilor Educaţionale – Secţia Română (în Bucureşti şi un număr de judeţe)*

Programe de parteneriat derulate de unităţile educaţionale

În noiembrie 2000 a fost încheiat un Protocol între Ministerul Sănătăţii şi Ministerul Educaţiei Naţionale cu privire la introducerea manualului OMS în programa pentru orele de educaţie pentru sănătate.

Institutul pentru Cercetarea şi Prevenirea Criminalităţii din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei a iniţiat ori a fost invitat să participe la dezvoltarea programelor de prevenire a consumului de droguri în instituţiile de educaţie.

Cu toate eforturile Ministerului Sănătăţii care a alocat fonduri pentru acest tip de activităţi, din nefericire, din cauza lipsei de fonduri absolut necesare pentru realizarea unor activităţi de prevenire concertate, la nivelul întregii ţări, a afectat serios numărul ca şi calitatea acestor programe.

Cu toate acestea, în anii precedenţi au fost folosite unele materiale, iar cheltuielile (deplasările, cazarea, editarea materialelor, logistica etc) au fost suportate de către parteneri. Din nefericire însă, aceste instituţii sau organizaţii, fie ela guvernamentale sau nonguvernamentale, nu pot suporta integral responsabilităţile financiare ce decurg din astfel de pregrame.

Activităţile realizate s-au constituit, în principal, din întâlniri interactive cu elevi, părinţi, profesori şi ONG-uri pentru tineret. Discuţiile au avut menirea de a accentua implicarea elevilor în fenomenul infracţional şi riscurile majore pe care le prezintă consumul de droguri. Astfel, au fost prezentate cauzele generale ale consumului de droguri, diferitele tipuri de substanţe narcotice şi efectele lor, precum şi căile de prevenire a consumului. Principala idee a fost să se ofere informaţia, cât mai corect şi complet posibil, tineretului, astfel încât acesta să adopte o atitudine de rejectare atunci când se confruntă cu tentaţia de a folosi aceste substanţe.

În cadrul întâlnirilor interactive cu grupurile ţintă de elevi, profesori sau părinţi, au fost prezentate informaţii cu privire la pericolul consumului de droguri, măsurile de prevenire, precum şi recomandări pentru părinţi şi profesori în cazul în care se confruntă cu consumul de droguri în rândul copiilor.

Prin aceste programe se doreşte stimularea dialogului între specialiştii din domeniu şi cei cărora li se adresează, astfel încât să profesorii să devină pe deplin conştienţi de rolul lor în prevenirea consumului de droguri.

Programe extraşcolare pentru tineret

Au fost organizate întâlniri între elevi, medici, psihologi, avocaţi, precum şi reprezentanţi ai Ministerului de Interne, pe parcursul cărora au fost prezentate materiale informative (broşuri, filme documentare) şi au avut loc discuţii legate de prevenirea consumului de droguri.

Şcolile împreună cu partenerii acestora au organizat seminarii, întâlniri, mese rotunde(cum ar fi, de ex: "Sanitarii pricepuţi"), expoziţii cu desene tematice, campusuri tematice.

Programe comunitare

a) Specifice pe droguri/non-specifice

b) În mediul urban/rural

c) Structuri de cooperare

d) Statistici si evaluarea rezultatelor

Instruire specifică

La nivel teritorial, există intenţia de abordare inter-sectorială, prin participarea sau implicarea serviciilor locale de promovare a sănătăţii în asemenea activităţi, precum şi unităţilor de poliţie şi a factorilor educaţionali.

Cu ocazia Zilei Internaţionale de Luptă Împotriva Drogurilor 2000, ministrul sănătăţii a iniţiat o campanie naţională prin intermediul reţelei naţionale de promovare a sănătăţii. Au fost realizate următoarele tipuri de activităţi:

- Producrea şi distribuirea de clipuri video-TV clips;
- Producrea şi distribuirea de clipuri audio-redio;
- Producerea şi lansarea de melodii în discoteci;
- Show-uri TV şi radio;
- Interviuri la staţiile locale de radio şi TV;
- Conferinţe de presă;
- Difuzarea de presă;
- Afişarea de bannere;
- Editarea şi distribuirea de broşuri, postere şi fluturaşi;
- Realizarea de CD-uri multimedia conţinând informaţii referitoare la droguri;
- Studii cu privire la cererea şi consumul de droguri, opinii publice cu privire la acest aspect;
- Seminarii, discuţii cu elevi/studenţi;
- Cursuri antidrog;
- Expoziţii în care s-a prezentat activitatea studenţilor;
- Expoziţii de schiţe;
- Concursuri radio;radio contests
- Concursuri de postere;
- Concursuri de epigrame;
- Publicaţii ştiinţifice;
- Cursuri de formare a formatorilor;
- Teatru studenţesc;
- Imprimare de tricouri;
- Mese rotunde;
- Ateliere de lucru, jocuri, discuţii libere cu publicul;
- Prezentări de film, clipuri video;
- Crearea unui punct de documentare la ONG "Tineri pentru tineri";
- Lucrarea "Drogurile şi impactul lor bio-social asupra tinerilor";
- Programe la nivel judeţean "Cunoaşte şi decide";
- Piețe antidrog;

Telefoane de tip help-line

În cursul anului 2000, au existat trei linii telefonice de tip help-line în Bucureşti, dar care nu se adresau, în mod specific, problemei drogurilor.

"TOXAPEL" este telefonul serviciului de urgenţă creat de Secţia de Toxicologie a Spitalului Clinic Pediatric "Grigore Alexandrescu" – din Bucureşti, destinat informării populaţiei cu privire la primul ajutor ce trebuie acordat unui copil intoxicat, până la sosirea ambulanţei sau internarea în spital. "TOXAPEL" funcţionează non-stop şi acoperă întreaga ţară; poate fi apelat de acasă, de la orice telefon public sau telefon mobil.

Cel de-al doilea serviciu telefonic de tip help-line funcţionează în cadrul Laboratorului de Sănătate Mintală, în sectorul 3, la Centrul de criză pentru adolescenţi şi tineri. Acesta funcţionează între orele 9-18 şi oferă consultanţă inclusiv pe probleme de droguri, atât persoanelor care doresc să se informeze, cât şi consumatorilor care deja au fost internaţi pentru dependenţă.

Asociaţia Română Anti-SIDA a înfiinţat, de asemenea, o astfel de linie telefonică în Bucureşti, Constanţ şi Iaşi, pe probleme legate de HIV/SIDA, unde însă mai pot fi abordate şi probleme legate de droguri, deoarece este cunoscut faptul că un comportament de risc asociat consumului de droguri îl constituie sexul neprotejat.

Fundaţia Europeană a instruit un specialist din Ministerul Sănătăţii în subiectul "liniile telefonice help-line în domeniul drogurilor". În urma acestei pregătiri, este posibil să se obţină fiannţare de la Fundaţia pentru o Societate Deschisă (fostă SOROS), printr-un proiect conţinând propuneri bine argumentate, pentru înfiinţarea, în România, a primului centru help-line specializat în domeniul drogurilor. Acest centru va fi deschis la Bucureşti în 2001 ca centru pilot, şi bazat pe această experienţă, urmând să mai fie deschise şi altele.

Campanii Mass media

Cu ocazia Zilei Internaţionale de Luptă împotriva Drogurilor, au avut loc, la nivel naţional, mai multe campanii media împotriva drogurilor. Acestea au fost organizate în teritoriu de către Serviciile judeţene de Promovare a Sănătăţii în cooperare cu autorităţile locale şi cu anumite ONG-uri.

Campania de luptă împotriva drogurilor a fost realizată la nivel naţional, fiind lansată în magazinul "The Media and Image Projection Universe", un magazin specializat în difuzarea de material publicitar.

A fost organizată, la Palatul Parlamentului, o conferinţă de presă în cooperare cu Comisia pentru Integrare Europeană a Parlamentului, unde s-a subliniat importanţa abordării subiectelor legate de droguri cu atenţie specială şi s-a exprimat o poziţie fermă împotriva adoptării unor articole în proiectul Legii privind combaterea consumului şi traficului ilicit de droguri.

Mesajele transmise de campaniile media au rolul de a conştientiza populaţia asupra riscului pe care îl prezintă consumul de droguri. La nivel teritorial (judeţean), cooperarea cu staţiile TV şi radio, respectiv cu presa locală, este bună, în majoritatea cazurilor oferindu-se spaţiu gratuit pentru publicitate şi prezentări.

Staţiile de radio şi TV organizează, în mod constant, emisiuni având ca temă sănătatea, în care se abordează cu precădere problema consumului de alcool şi tutun, iar uneori şi de droguri.

Din nefericire, însă, din cauza lipsei de informare a ziariştilor, în ultima parte a anului, a avut loc în presă o campanie de denigrare şi minimizare a acţiunilor Ministerului Sănătăţii. Această campanie a vizat atât activitaţile de prevenire cât şi pe cele privind tratamentul, şi îşi are originea în lipsa de cunoaştere a metodelor educaţionale de prevenire , ca şi a unei abordări terapeutice complete şi adecvate şi a lipsei de cunoaştere a măsurilor concrete luate de Ministerul Sănătăţii în acest domeniu.

Internet

a) Folosirea Interentului pentru:

- prevenire (tip de intervenţie, scopuri, alte caracteristici relevante);
- diseminarea pachetului de know-how pentru prevenire printre profesioniştii domeniului;

b) Statistici şi evaluarea rezultatelor

Nu au funcţionat servicii Internet pentru droguri în cursul anului 2000.

Reducerea efectelor dăunătoare ale drogurilor

Activităţi de stradă (prevenire, chestionare, etc)

Nu au existat activităţi de acest gen în cursul anului 2000.

Alte servicii (Low threshold services)

Ca o reacţie la epidemia cu HIV, s-au dezvoltat programe de schimb de ace şi seringi, cu finanţare prin Fundaţia pentru o Societate Deschisă. S-a acordat posibilitatea testării HIV în diferite locuri, beneficiind de competenţă profesională şi finanţare, dar aceste oferte au fost rareori onorate.

Prevenirea bolilor infecţioase

Legislaţie

- *Ordinul ministrului sănătăţii nr.415/2000 cu privire la organizarea şi finanţarea programelor naţionale de sănătate;*
- *Programul naţional de monitorizare şi control al bolilor infecţioase, incluzând prevenire hepatitelor*
- *Programul naţional de monitorizare şi control al tuberculozei*
- *Programul naţional de monitorizare şi control al infecţiei cu HIV/SIDA*

Organizare şi strategii:

Ministerul Sănătăţii, prin:

- *Direcţia Generală de Sănătate Publică*
- *Direcţia Generală de Asistenţă Medicală*

Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

În cadrul strategiilor de abordare a bolilor infecţioase asociate consumului de droguri, scopurile au fost următoarele:

- *Promovarea sănătăţii reproducerii (pentru prevenirea HIV şi hapatita B) şi a unui mod de viaţă sănătos, în care un rol important îl joacă educaţia pentru sănătate, inclusiv activităţile informaţional-educaţionale şi de comunicare pentru populaţie;*
- *Studiul epidemiologic care presupune monitorizarea cazurilor deja existente, precum şi identificarea unora noi;*
- *În cazul infectării cu HIV, evitarea transmiterii virusului pe cale parenterală;*

Identificarea cazurilor noi de TBC se face prin testarea IDR sau cu radiaţie X, în următoarele situaţii:

- *la angajare;*
- *pentru studenţi şi militari în termen (gratuit);*
- *pentru eliberarea certificatelor prenupţiale (înainte de căsătorie);*
- *cu ocazia controlului medical periodic aplicat personalului care lucrază în alimentaţia publică şi în unităţile de distribuţie;*
- *cu ocazia controlului medical periodic aplicat personalului care lucrază în mediu ce presupune copii mici (creşe, grădiniţe, leagănă de copii) sau în şcoli;*
- *cu ocazia controlului medical periodic aplicat personalului care lucrază în unităţile TBC (spitale, sanatorii, staţionare), evident gratuit;*
- *la cerere;*
- *cu ocazia investigaţiilor medicale unde apare suspiciunea existenţei TBC (gratuit)*

Identificarea cazurilor noi de infecţie cu HIV se face prin testarea persoanelor, în conformitate cu Ordinul ministrului sănătăţii nr. 889/1998, în următoarele situaţii:

- *la cerere;*
- *în cadrul grupelor de populaţie la risc;*
- *testarea personalului medical (gratuit);*
- *testarea persoanelor care petrec mai mult de 6 luni peste graniţă;*
- *marinarii;*
- *şoferii de tiruri;*
- *femeile însărcinate odată cu înregistrarea sarcinii (gratuit);*
- *minorităţile sexuale (homosexuali, prostituate);*
- *persoanele aduse în adăposturi, la momentul intrării lor (gratuit);*
- *donatorii de sânge (gratuit);*

Educaţia pentru sănătate

Aceste activităţi sunt îndeplinite în cadrul Programului Naţional pentru Sănătate, a Programului Naţional de Monitorizare şi Control al Bolilor Infecţioase (care include prevenirea hepatitelor), a Programului Naţional de Monitorizare şi Control al Tuberculozei, precum şi al Programului Naţional de Monitorizare şi Control al infecţiei cu HIV/SIDA. Toate aceste programe sunt finanţate de la bugetul de stat şi prin anumite ONG-uri.

Ea se realizează prin:

- *campanii de informare-educare-comunicare*
- *tipărirea şi distribuirea de ghiduri de consultanţă privind prevenirea infecţiei cu HIV*
- *înfiinţarea de centre de consiliere pe probleme de HIV/SIDA*
- *tipărirea şi distribuirea de materiale informative: fluturaşi, broşuri, postere etc.*

Programa şcolară prevede ore de educaţie pentru sănătate, în care principalele subiecte expuse sunt cele legate de prevenirea bolilor infecţioase.

Fundaţia "Salvaţi Copiii" a participat alături de reprezentantul UNICEF în România, la organizarea unui seminar pentru pregătirea consilierilor şcolari, seminarul având tema: "Cunoştinţe şi aptitudini cu privire infecţia HIV/SIDA, bolile cu transmitere sexuală şi consumul de droguri"

Furnizarea de echipament

În spitale, ca şi în toate celelalte unităţi medicale se folosesc seringi şi ace de unică folosinţă, precum şi alte materiale sterile şi dezinfectanţi în orice situaţie care implică tratamente terapeutice sau injectare.

De asemenea, seringile de unică folosinţă pot fi cumpărate din farmacii, fără prescripţie medicală, costul acestora fiind destul de mic.

Actori

Instituţiile implicate în prevenirea bolilor infecţioase sunt:

- *-Ministerul Sănătăţii prin*:
  - Direcţia Generală de Sănătate Publică, cu cele două direcţii ale sale:
    - Direcţia pentru Promovarea Sănătăţii şi Sănătate Comunitară;
    - Direcţia de Medicină Preventivă;
  - Institutul pentru Managementul Serviciilor de Sănătate şi Centrul Naţional pentru Promovarea Sănătăţii şi Programe;

La nivel naţional, funcţionează trei programe:

- Programul Naţional de Supraveghere şi Control al Bolilor Infecţioase– PN1;
  - Instituţii coordonatoare:
    - Departamentul de Ştiinţă Medicală Preventivă din cadrul MSF;
    - Institutul pentru Boli Infecţioase "Matei Balş"
    - Institutul de Sănătate Publică, Bucureşti
  - Instituţii responsabile în aplicarea programelor:
    - Direcţia de Sănătate Publică din Bucureşti şi direcţiile omologe de la nivelul judeţelor;
    - Institutele de Sănătate Publică şi Centrele de Sănătate Publică;
- Programul Naţional de Supraveghere şi Control al TBC:
  - Instituţii coordonatoare:
    - Departmentul pentru Ştiinţă Medicală Preventivă din cadrul MSF
    - Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta"

        - IMSS prin intermediul Centrului Naţional de Promovare a Sănătăţii şi Programe;
    - Instituţii responsabile de aplicarea programului:
        - Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta"
        - Toată reţeaua de pneumoftiziologie (Spitalele TBC, clinicile TBC, sanatoriile TBC)
        - Direcţiile judeţene de Sănătate Publică şi direcţia bucureşteană.
- Programul Naţionaal de Supraveghere şi Control al Infecţiei cu HIV/SIDA
    - Instituţii coordonatoare:
        - Direcţia Generală de Sănătate Publică din MSF
    - Instituţii responsabile în aplicarea programului:
    - IMSS prin Centrul de Promovare a Programelor de Sănătate
        - Direcţiile de Sănătate Publică din Bucureşti şi din judeţe.

PARTENERII AGENTIEI NATIONALE ANTIDROG

ASOCIAŢIA "MESAGERII SĂNĂTĂŢII".

Obiectul parteneriatului îl reprezintă desfăşurarea de programe comune pentru prevenirea consumului de droguri în populaţia generală expusă riscurilor - copii, adolescenţi şi tineri.

În anul 2003 a lansat proiectului "Copiii împotriva drogurilor", pus în aplicare cu finanţarea Ambasadei Regatului Olandei la Bucureşti şi cu sprijinul Agenţiei Naţionale Antidrog. Proiectul a avut obiectivul realizării videoclipului piesei "Trezeşte-te. Se poate (fără drog)". Scrisă şi interpretată de Dana Coteanu, cunoscută sub numele de scenă de Marijuana.

Contact: Str. Doamna Ghica nr.3, bloc 2, ap.19, sector 2, Bucureşti
Tel/fax: 021/323.42.38
E-mail: office@hma.ro

www.hma.ro

Persoană de contact: Sorin Iorga

FEDERAŢIA INTERNAŢIONALĂ A COMUNITĂŢILOR EDUCATIVE DIN ROMÂNIA (FICE).

Parteneriatul are ca scop formarea iniţială şi aprofundată a unui număr de 150 de tineri voluntari care vor desfăşura în şcoli şi licee activităţi de prevenire primară a consumului de droguri pe principiul "peer to peer education". Încă din anul 1998, prin intermediul unor programe PHARE, FICE România a implementat proiecte având ca obiective specifice formarea tinerilor voluntari în acest domeniu.

Contact: Str. Trestiana nr. 2 bl. 3 ap. 45, sector 4, Bucureşti
Tel: 021/330.08.12
E-mail: ficeromania@hotmail.com

www.fice.go.ro

Persoană de contact: Prof. Toma Mareş

ASOCIAȚIA ROMÂNĂ ANTIDROG.

Scopul colaborării îl reprezintă implementarea unui proiect pilot de înființare a unui centru rezidențial de tip comunitate terapeutică pentru consumatorii de droguri şi formarea profesională a specialiştilor care lucrează în prevenirea terţiară.

Asociaţia Română Antidrog a luat fiinţă sub numele de "Asociaţia părinţilor cu copii toxicomani" în anul 1999. Este de reținut contribuţia la promovarea programelor bazate pe metadonă, tratamentele de sâmbătă şi duminică, rețetele cu timbru sec pentru pacienții recuperaţi, activităţi de promovare a legislaţiei în domeniu în rândul populaţiei bucureştene, publicarea unor lucrări despre metadonă ş.a.

Contact: Str. Salcâmilor nr. 7, sector 2, Bucureşti
Tel/fax: 021/210.14.38
E-mail: asociatiaromanaantidrog@yahoo.com

Persoană de contact: Ilinca Palade

ORGANIZAȚIA "SALVAȚI COPIII"

Scopul: implementarea unor programe comune de prevenire a consumului şi abuzului de droguri, formare profesională inițială şi continuă în domeniul adicţiilor.

Organizaţia "Salvaţi Copiii" a realizat, în anul 2003, Studiul "Copiii străzii şi drogurile", studiu realizat pe un lot de 148 de copii fără adăpost din Bucureşti. Acesta a evidențiat existenta consumului de tutun, alcool, solvenţi organici de tip "aurolac" şi heroina în grupurile de copii ai străzii, fiind un semnal de alarma pentru autoritățile responsabile în domeniul protecţiei copilului şi tratamentului toxicodependenței.

Contact: Intr. Ştefan Furtună nr. 3, sector 1, cod 77116, Bucureşti
Tel: 021/212.61.76; 021/212.61.77
E-mail: rosc@salvaticopiii.ro

www.salvaticopiii.ro

Persoană de contact: Gabriela Alexandrescu

FUNDAȚIA INTERNAȚIONALĂ PENTRU COPIL ŞI FAMILIE.

Obiectul protocolului îl reprezintă desfăşurarea de programe sau activităţi punctuale comune pentru prevenirea consumului de droguri, a traficului de fiinţe umane şi a exploatării prin muncă în populaţia expusă acestor riscuri - copii, adolescenţi şi tineri.

Contact: Str. Occidentului nr. 44, sector 1, Bucureşti
Tel: 021/212.76.41
E-mail: odee@kappa.ro

www.ficf-romania.ro

Persoană de contact: Cornel Irimia

BIROUL DE STUDII ŞI COOPERARE INTERNAŢIONALĂ ANTIDROG.

Obiectul protocolului îl reprezintă desfăşurarea de programe şi acţiuni comune pentru prevenirea consumului de droguri, organizarea în comun de cursuri de pregătire, iniţierea şi desfăşurarea de programe şi proiecte pentru evaluarea, consilierea, tratamentul, reabilitarea şi resocializarea dependenţilor.

Scopul înfiinţării B.S.C.I.A. îl constituie derularea de programe antidrog, atât în România cât şi în străinătate, în baza unor protocoale încheiate cu ministere şi alte organe abilitate ale statului. Astfel, a fost deschis biroul internaţional de la New York, deja funcţional, urmând ca alte două astfel de birouri să fie înfiinţate la Londra şi la Paris.

B.S.C.I.A. a contribuit major la elaborarea Propunerii legislative privind instituirea testului antidrog, iniţiată de Codrin Ştefănescu.

Contact: Piaţa Valter Mărcineanu 1-3, et. 2, cam. 197-199, Bucureşti
Tel: 021/305. 56.65, fax: 021/305.56.44
E-mail: office@bscia.ro

www.bscia.ro

Persoană de contact: Alain Mina

BRIGADA INTERNAŢIONALĂ ANTIDROG.

Obiectul protocolului îl reprezintă desfăşurarea de programe sau de acţiuni comune pentru prevenirea consumului de droguri pentru categoriile supuse riscurilor şi pentru implementarea unor programe de tratament şi reabilitare destinate utilizatorilor de droguri, realizarea şi promovarea unor campanii de informare-educare-sensibilizare a opiniei publice asupra pericolului consumului de droguri.

Brigada Internaţională Antidrog este partener al Agenţiei Naţionale Antidrog, realizând împreună Agenda de Comunicare în domeniu drogodependenţei, o lucrare în premieră în România.

Contact: Şoseaua Pipera nr. 38, sector 1, Bucureşti
E-mail: office@brigadaantidrog.ro

www.brigadaantidrog.ro

Persoană de contact: Petar Nenov

CONFEDERAŢIA "CARITAS ROMÂNIA".

Protocolul de parteneriat are ca scop crearea, organizarea şi implementarea unui proiect de formare iniţială a profesioniştilor în domeniul prevenirii consumului de droguri, tehnicilor de consiliere şi psihoterapie utilizate în tratamentul adicţiilor. Vor fi formaţi, în cadrul a patru module de formare, 22 profesionişti din Centrele de Prevenire şi Consiliere Antidrog şi organizaţiile neguvernamentale.

Contact: Str. Washinghton nr. 38, ap. 2, sector 1, Bucureşti
Tel.: 021/230.40.13
Fax: 021/231.29.00
E-mail: ccr@caritas.org.ro

www.caritas.org.ro

Persoană de contact: Ivan Vasile Bălan

ASOCIAȚIA "GRUPUL ROMÂN PENTRU APĂRAREA DREPTURILOR OMULUI - GRADO".

Scopul parteneriatului îl reprezintă implementarea în comun a proiectului pilot pentru prevenirea şi tratamentul adicţiilor pe consum (informare-educare-sensibilizare, crearea de grupuri de suport şi terapie familială destinate părinţilor utilizatorilor de droguri).

Contact: Str. Cupolei nr. 5, bloc 2B, scara 2, ap. 55, sector 6, Bucureşti
Tel/fax: 021/430 02 16
E-mail: office@grato.org.ro
Persoană de contact: Rodica Niță

ASOCIAȚIA PENTRU PROMOVAREA JUSTIȚIEI MINORILOR "JEAN VALJEAN".

Obiectul protocolului îl reprezintă implementarea proiectului pilot de prevenire delicvenţei juvenile, finanţat de "Terre des Hommes" şi Reprezentanţa UNICEF în România. Proiectul de prevenire primară a consumului de droguri şi a delincvenţei juvenile se adresează elevilor în situaţie de abandon şcolar, cu vârste cuprinse între 12 şi 16 ani, din sectorul 5 al municipiului Bucureşti, pornindu-se de la premisa că acest sector reprezintă zona cu cel mai ridicat risc de abandon şcolar, delincvenţă juvenilă şi trafic şi consum de droguri din capitală. Se doreşte dezvoltarea, până la sfârşitul anului 2004, în sistem partenerial, a unui model de prevenire a delincvenţei juvenile care să poată fi replicat şi în celelalte sectoare ale Bucureştiului.

Contact: Str. Ziduri Moşi nr. 3, sector 2, Bucureşti
Tel /fax: 021/242.21.17
E-mail: asociatia.valjean@gmail.com

Persoană de contact: Liliana Voicu

FUNDAȚIA "ROMANIAN ANGEL APPEAL".

Parteneriatul este centrat în principal pe gestionarea şi implementarea în comun a proiectului pilot "LOT - Drog 2004- 2005" care îşi propune: prevenirea/diminuarea consumului de droguri în rândul liceenilor din Bucureşti şi responsabilizarea şi sensibilizarea liceenilor ci privire la necesitatea de a se implica activ în soluţionarea problemelor specifice vârstei. Proiectul face parte dintr-un grup de iniţiative dedicate tinerilor, iniţiative ce se vor desfăşura, pe o perioadă de 3 ani, în diferite ţări europene şi care vor viza, în principal, ameliorarea problemelor de sănătate publică.

Contact: Str. Rodiei nr. 52, sector 3, Bucureşti
Tel: 021/323.68.68, fax: 021/323.24.90
E-mail: office@raa.ro

www.raa.ro

Persoană de contact: Fidelie Kalambayi

ASOCIAȚIA DE ÎNGRIJIRI COMUNITARE "HELIOS" CRAIOVA.

Scopul parteneriatului îl reprezintă gestionarea şi implementarea unui proiect, cu finanţare PHARE, destinat înfiinţării unui centru de tip comunitate terapeutică postcură, pe baza unor criterii de performanţă stabilite de Agenția Națională Antidrog.

Contact: Str. Felix Aderca, bl. 2, sc.A, parter, Craiova, jud. Dolj
Telefon /fax: 0251/418894
E-mail: office@heliosmedica.ro
www.heliosmedica.ro
Persoană de contact: dr. Angela Cameniță

FUNDAȚIA DE ÎNGRIJIRI COMUNITARE.

Proiectele gestionate şi implementate în comun sunt: "Servicii integrate pentru tinerii consumatori de droguri - un model de participare comunitară" şi "Crearea unui model de servicii integrate pentru utilizatorii de droguri". Va fi elaborat "Ghidul de practică clinică pentru serviciile de tratament substitutiv cu metadonă".

Contact: Str. Dr. Grozovici nr. 1, Policlinica Grozovici, sector 2, Bucureşti
Tel /fax:.: 021/210.52.85,
E-mail: office@fic-droguri.ro

www.fic-droguri.ro

Persoană de contact: Gabriela Oancea

FUNDAȚIA ROMÂNIA-CIVICĂ-CULTURALĂ-UMANITARĂ A MILENIULUI III FLORENTINA, judeţul Prahova. Obiectul parteneriatului este acela de a forma specialiştii şi superviza activitatea din cadrul unei comunități terapeutice postcură care va avea sediul în Plopeni, judeţul Prahova.

Contact: Str. Minerva nr. 11, bl. 72, ap. 36, Ploieşti, jud. Prahova
Tel: 0244/529.207, fax: 0244/510.341
E-mail: fundatia_umanitara_florentina@yahoo.com
Persoană de contact: Florentina Matei

ASOCIAȚIA PENTRU SIGURANȚĂ COMUNITARĂ ŞI ANTIDROG - ROMÂNIA.

Scopul parteneriatului îl reprezintă implementarea în comun a unor proiecte de prevenire primară a consumului de droguri în unităţile de învăţământ şi înfiinţarea unor servicii integrate de asistență destinate consumatorilor şi consumatorilor dependenți de droguri - centre de consiliere antidrog, servicii rezidențiale de tip comunitate terapeutică postcură.

Contact: Str. Tudor Vladimirescu Nr. 92 A, Slatina, jud. Olt
Tel/Fax: 0249/439.333 072263338 sau 0788833338
E-mail: office@asca.ro

comanescugheorghe@yahoo.com

Persoană de contact: Gheorghe Comănescu

FUNDAŢIA "PODUL SPERANŢEI".

Obiectul protocolului îl reprezintă formarea profesioniştilor în domeniul tratamentului adicţiilor, pe baza modelului olandez de bune practici al fundaţiei "DE HOOP", precum şi elaborarea şi validarea standardelor ocupaţionale pentru meseria "lucrător social (cu studii medii) în domeniul adicţiilor".

Contact: Str. Gherghina nr. 2 A, sector 5, Bucureşti
Tel/fax: 021/423.51.16
E-mail: marinicam@hotmail.com

www.podulsperantei.home.ro

Persoană de contact: Marian Marinică

ASOCIAŢIA "TOTUL PENTRU VIAŢĂ".

Scopul parteneriatului îl reprezintă implementarea în comun a unor proiecte/campanii de prevenire primară a consumului de droguri.

Contact: Str. Turceni nr. 7, sector 5, Bucureşti
Tel: 0722.503.539, 021/335.94.52
Fax:021/ 337.44.86
E-mail: adryana_noel@yahoo.fr

Persoană de contact: Adriana Crăciun

ASOCIAŢIA "TINERILOR DEMOCRAŢI".

Scopul proiectului îl reprezintă colaborarea în scopul prevenirii consumului de droguri în mediul şcolar, în comunitate şi formare de voluntari în domeniul adicţiilor.

Contact: Aleea Câmpului nr. 4, bl. 26 sc. A ap. 1, Buftea
Tel: 79.20.917
E-mail: atd_ro@hotmail.ro

www.atd.s5.com

Persoană de contact: Remus Dondu

ASOCIAŢIA DE LUPTĂ ÎMPOTRIVA ALCOOLISMULUI ŞI TOXICOMANIILOR (ALIAT).

Obiectul parteneriatului îl reprezintă prevenirea consumului de droguri, reducerea riscurilor asociate consumului de droguri - strategii de harm-reduction, consilierea adolescenţilor şi tinerilor utilizatori de droguri, formarea profesională iniţială şi continuă a profesioniştilor în domeniul adicţiilor.

Contact: Şos. Berceni nr. 10-12, Centrul "Risc Minim", Spitalul Alexandru Obregia, sector 4, Bucureşti
Tel: 021/255.09.29, 021/334.42.66 int. 488
E-mail: riscminimaliat@yahoo.com

Persoană de contact: Cristian Taru

FEDERAŢIA "REŢEAUA PENTRU PREVENIREA FUMATULUI DIN ROMÂNIA", constituită din Societatea Română de Pneumologie, Asociaţia "Aer Pur" România, Fundaţia Romtens, acţionează în domeniul prevenirii şi combaterii efectelor consumului produselor din tutun.

Contact: Aleea Bucovina, nr. 9, bl. O2, sc. B, Bucureşti
Tel./fax: 337.44.60
E-mail: office@srp.ro

www.srp.ro

Persoană de contact: conf. dr. Florin Mihălţan

ASOCIAŢIA DE TINERET "ESCATON" desfăşoară activităţi de promovare a unui stil de viaţă sănătos, promovarea educaţiei şi valorilor morale în rândul tinerilor.

Contact: Str. Negustori, nr. 15, Bucureşti
Tel: 021/303.96.46
Fax: 021/312.50.53
E-mail: tineretmuntenia@b.astral.ro

Persoană de contact: Cătălin Bărbulescu

ASOCIAŢIA PENTRU SĂNĂTATE, EDUCAŢIE ŞI FAMILIE

Promovează principiile de sănătate fizică, mentală, socială, relaţională şi spirituală şi educarea populaţiei în spiritul acestor principii. Acţionează în sensul prevenirii şi combaterii efectelor consumului de tutun, alcool şi droguri.

Contact: Str. Marcel Iancu nr. 8, Bucureşti
Tel: 021/326.17.50
Fax: 021/323.00.40
E-mail: office@asef.ro

Persoană de contact: Florea Nicolae.

ATENȚIE !

Orice informație te poate face complice:

Dacă ai intrat în posesia oricărei informații legate de consumul, posesia sau traficul de droguri eşti obligat ca în cel mai scurt timp să anunți poliția altfel poți fi considerat complice şi astfel fără nici o implicare practică îți poți ruina viața şi poți să stai extraordinar de mulți ani la închisoare pentru nimic cum s-ar spune.

Astfel este bine să ştii ca la orice poliție județeană există un birou antidrog pe care îl poți apela gratuit de la orice telefon, apelând pur si simplu **955** sau **112**.

GLOSAR

Alergic – de alergie, care se referă la alergie, specific alergiei * persoană care manifestă o alergie

> **Alergie** – reacţie negativă (organică sau psihică) a unei persoane faţă de anumiţi agenţi sau stimuli externe (microbi, aerosoli, alimente, întâmplări)

Alergen – (substanţă de natură proteică) care provoacă stări alergice

Aliment – produs în stare naturală sau prelucrat, nutritiv care serveşte ca hrană. Trebuie să conţină proteine, grăsimi, hidrocarbonaţi, săruri minerale, vitamine şi apă.

Anestezic – (substanţă) care produce o anestezie

> **Anestezie** – 1. procedeu medical, realizat prin agenţi fizici sau chimici, de diminuare sau de suprimare a sensibilităţii la durere; dispariţie (provocată de anumite substanţe) a sensibilităţii corpului, la nivel local sau general care precede o intervenţie chirurgicală; 2. pierdere a sensibilităţii provocată de anumite boli.

Beatitudine – stare de fericire deosebită, de euforie; echilibrare spirituală generală.

Cloroform – compus chimic al clorului ($CHCl_3$), lichid incolor, volatil, cu miros caracteristic, întrebuinţat ca narcotic, ca anestezic şi ca solvent şi în diferite sinteze organice.

Cloroformism – intoxicaţie cu cloroform

Cloroformiza – a adormi, a amorţi, a narcotiza (un bolnav) cu ajutorul cloroformului.

Euforie – stare care se manifestă printr-o senzaţie de bună dispoziţie exagerată, de optimism nejustificat, întâlnită în unele boli neuropsihice (ex: manie, paralizie generală progresivă) sau provocată de unele substanţe narcotice (ex: opiu); p.ext. beatitudine

Euforic – care se referă la euforie, care provoacă euforia

Eutimie – linişte sufletească

Doctorie – medicament, leac

Drog – ***substanţă de origine vegetală, animală sau minerală, care serveşte la prepararea anumitor medicamente; narcotic *stupefiante***

Halucinat – persoană care are halucinaţii

Halucinatoriu – 1. care ţine de halucinaţie; 2. care provoacă halucinaţii.

Halucinaţie – tulburare psihică, care constă în perceperea unui obiect, a unui fenomen sau a unei situaţii fără ca acestea să existe în realitate şi care poate afecta toate simţurile * produs al acestei stări; vedenie.

Halucinogen – (substanţă; medicament; etc.) care produce halucinaţii.

Halucinoză – stare patogenă caracterizată prin halucinaţii recunoscute de bolnav ca stări anormale.

Hrană – tot ceea ce serveşte la nutriţia omului, a animalelor sau a plantelor; p.ext. bucate, mâncare

Intoxica – a(-şi) introduce în organism substanţe toxice; a (se) otrăvi * a dezintoxica

> Intoxicaţie – stare patologică în urma introducerii sau acumulării în organism a unor substanţe toxice; otrăvire.

Leac – substanţă preparată ştiinţific pentru a vindeca o boală; medicament, remediu, tratament care vindecă o suferinţă; tratament, preparat empiric (cu efect miraculos)

Medicament – substanţă naturală sau de sinteză utilizată în scopul vindecării, ameliorării sau prevenirii unei boli; doctorie; leac.

Narcotic – (substanţă, medicament) care provoacă narcoza.

Narcoza – 1. (despre stări fizice) provocat de un narcotic 2. stare caracterizată prin pierderea cunoştinţei, relaxare musculară, diminuarea sensibilităţii şi a reflexelor, provocată artificial prin acţiunea narcoticelor asupra centrilor nervoşi, în special ca metodă de anestezie generală în chirurgie.

Narcotiza – a administra cuva un narcotic pentru a-i provoca starea de narcoză

Narcotină – substanţă extrasă din opiu, fără acţiune narcotică folosită în farmacie ca antiseptic şi ca tonic general.

Narcoterapie – terapie prin somn.

Narcoman – persoană care foloseşte în mod obligatoriu narcotice.

Narcomanie – obişnuinţă morbidă de a lua narcotice; toxicomanie.

Narcoanaliză – metodă de explorare a subconştientului prin narcoză.

Narcobioză – reducere a funcţiilor vitale ale organismului prin narcotice.

Narcolepsie – boală provocată de tulburări ale sistemului nervos central, caracterizată prin necesitatea irezistibilă de a dormi.

Narcohipnoză – sugestie hipnotică făcută în timp ce bolnavul este sub influenţa unui hipnagog.

Otravă – substanţă (chimică) toxică, care, introdusă sau formată în organism, provoacă leziuni grave şi tulburări importante în funcţiile organice esenţiale şi uneori moartea.

Psihedelic – 1. referitor la psihedelism 2. care se caracterizează prin efecte de lumină, culoare, atmosferă sonoră etc.; care provoacă viziuni, halucinaţii, vise produse prin drogare.

Psidehelism – stare de visare trează, specifică, dată de unele halucinogene.

Toxic – care are proprietatea de a intoxica, de a otrăvi.

Toxicitate – 1. (microbiol.) proprietate a unor microbi de a elibera toxine dăunătoare organismului în care se dezvoltă; 2. proprietate a unor produse alimentare, a unor substanţe chimice sau a unor medicamente de a fi toxice.

Toxicologie – parte a medicinii care studiază natura substanţelor toxice şi acţiunea lor asupra organismului

Toxicoman – persoană care suferă de toxicomanie

Toxicomanie – obişnuinţa dea consuma în cantităţi progresive crescânde substanţe toxice (cocaină, morfină, opiu, eter etc.) care dau senzaţii şi trăiri neobişnuite, euforice. Are consecinţe grave pentru echilibrul fizic şi psihic al individului (halucinaţii, delir etc.) şi creează dependenţă.

Toxicoză – formă clinică deosebit de gravă a tulburărilor acute de nutriţie şi digestie ale sugarului.

Toxiinfecţie – toxiinfecţie alimentară – îmbolnăvire acută, provocată de unele specii de salmonella sau de stafilococi prezente în alimentele preparate necorespunzător din punct de vedere igenic şi manifestată prin simptome gastrointestinale grave, tulburări nervoase etc.

Toxiterapie – tratament cu ajutorul toxinelor

Toxină – substanţă organică în general de natură proteică, cu acţiune toxică, de origine microbiană, vegetală sau animală, care introdusă în organism, provoacă simptome morbide specifie.

Stupefiant – (medicament) care inhibă centrii nervoşi provocând a stare de inerţie fizică şi psihică; p.gener. (substanţă) care, prin folosire repetată, dă naştere obişnuinţei; drog.

Notă: Vezi – Jenică Drăgan – Dicţionar enciclopedic de droguri, Ministerul de Interne. Serviciul editorial, 1991.

BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/heroin/index.html

http://www.erowid.org/chemicals/heroin/heroin.shtml

http://leda.lycaeum.org/?ID=11363

General works.

Reference works on alcohol and drugs include MARC A. SCHUCKIT, *Drug and Alcohol Abuse: Clinical Guide to Diagnosis and Treatment,* 4th ed. (1995), clearly and economically written; and JEROME H. JAFFE (ed.), *Encyclopedia of Drugs and Alcohol,* 4 vol. (1995), containing more than 500 articles, bibliographic references, and an extensive index. GRIFFITH EDWARDS, AWNI ARIF, and JEROME H. JAFFE (eds.), *Drug Use & Misuse: Cultural Perspectives* (1983), contains chapters on alcohol and drug use and abuse. CHARLES P. O'BRIEN and JEROME H. JAFFE (eds.), *Addictive States* (1992), reviews addictive disorders. MALCOLM LADER, GRIFFITH EDWARDS, and D. COLIN DRUMMOND (eds.), *The Nature of Alcohol and Drug Related Problems* (1992), focuses on scientific views regarding alcohol and drug problems. MARK A.R. KLEIMAN, *Against Excess: Drug Policy for Results* (1992), considers social costs and policy options. GRIFFITH EDWARDS, JOHN STRANG, and JEROME H. JAFFE (eds.), *Drugs, Alcohol, and Tobacco: Making the Science and Policy Connections* (1993), compiles papers on the role of science in forming national drug, alcohol, and tobacco policies. AVRAM GOLDSTEIN, *From Biology to Drug Policy* (1994), discusses the biological actions and the problem of developing policies for different classes of drugs. HAROLD I. KAPLAN and BENJAMIN J. SADOCK (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI,* 6th ed. (1995), includes a chapter on substance-related disorders.

Psychotropic drugs.

HAROLD KALANT and ORIANA JOSSEAU KALANT, *Drugs, Society, and Personal Choice* (1971), a succinct, scholarly review of drug reactions on the body and the dilemma society faces in developing drug policies;

EDWARD M. BRECHER *et al., Licit and Illicit Drugs* (1972), a classic when written, it combines history, drug actions, and social policy commentary;

MADELINE H. ENGEL, *The Drug Scene* (1974), a brief sociological treatment;

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, *Drug Scenes* (1987), provides a thoughtful and scholarly review of the effects of various drugs on the body;

SUSANNE MacGREGOR, *Drugs and British Society: Responses to a Social Problem in the Eighties* (1989);

OAKLEY RAY and CHARLES KSIR, *Drugs, Society, & Human Behavior,* 6th ed. (1993); and

DAVID M. GRILLY, *Drugs and Human Behavior,* 2nd ed. (1994).

ROBERT O'BRIAN and SIDNEY COHEN, *The Encyclopedia of Drug Abuse* (1984);

DAVID COURTWRIGHT, HERMAN JOSEPH, and DON DES JARLAIS, *Addicts Who Survived: An Oral History of Narcotic Use in America, 1923-1965* (1989);

CHARLES E. FAUPEL, *Shooting Dope: Career Patterns of Hard-Core Heroin Users* (1991), all discuss drug abuse.

ROBERT W. FERGUSON, *Drug Abuse Control* (1975), on agencies of control and rehabilitation in many countries;

DAVID F. MUSTO, *The American Disease: Origins of Narcotic Control,* expanded ed. (1987);

DEAN R. GERSTEIN and HENRICK J. HARWOOD (eds.), *Treating Drug Problems,* 2 vol. (1990-92), describing the evolution, effectiveness, and financing of drug programs in the United States;

JOHN C. BALL and ALAN ROSS, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome* (1991), studies of six methadone treatment programs.

DAVID SOLOMON (ed.), *LSD: The Consciousness-Expanding Drug* (1964), provides the reader with some of the history, rationale, subjective accounts, and mystique that launched the drug movement.

ALFRED R. LINDESMITH, *The Addict and the Law* (1965), offers a broad analysis of the narcotic problem;

UNITED STATES, BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, *Drugs, Crime, and the Justice System* (1992), relates the history and laws of drug use.

ORIANA JOSSEAU KALANT, *The Amphetamines: Toxicity and Addiction,* 2nd ed. (1973), a classic work reviewing amphetamines and their abuse;

BRIAN WELLS, *Psychedelic Drugs: Psychological, Medical, and Social Issues* (1973);

DONALD R. WESSON and DAVID E. SMITH, *Barbiturates: Their Use, Misuse, and Abuse* (1977);

JONATHAN GABE (ed.), *Understanding Tranquilliser Use: The Role of the Social Sciences* (1991); MICKEY C. SMITH, *A Social History of the Minor Tranquilizers* (1991);

JOHN PRESCOTT and GRANT MCCALL, *Kava: Use and Abuse in Australia and the South Pacific* (1988);

GREGORY R. BOCK and JULIE WHELAN (eds.), *Cocaine--Scientific and Social Dimensions* (1992), discussing this drug's toxicity, history of use, and treatments;

VIRGINIA BERRIDGE and GRIFFITH EDWARDS, *Opium and the People: Opiate Use in Nineteenth-Century England* (1981), a very readable yet thoroughly documented history; CHARLES F. LEVINTHAL, *Messengers of Paradise: Opiates and the Brain* (1988);

GABRIEL G. NAHAS, *Marihuana in Science and Medicine* (1984); MARK S. GOLD, *Marijuana* (1989);

WAYNE HALL, NADIA SOLOWIJ, and JIM LEMMON, *The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use* (1994), a thorough review of the pharmacology, health, behavioral, and psychological effects of cannabis, prepared for the Australian National Task Force on Cannabis.

UNITED STATES, OFFICE ON SMOKING AND HEALTH, *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General* (1988), is an exhaustive presentation of the evidence that tobacco use is more than a habit.

Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 9th ed. by JOEL G. HARDMAN and LEE E. LIMBIRD (1996);

NORA D. VALKOW and ALAN C. SWANN (eds.), *Cocaine in the Brain* (1990); MALCOLM LADER (ed.), *The Psychopharmacology of Addiction* (1988); SIDNEY COHEN, *The Chemical Brain: The Neurochemistry of Addictive Disorders* (1988);

JOHN C.M. BRUST, *Neurological Aspects of Substance Abuse* (1993);

ANDREW WEIL and WINIFRED ROSEN, *Chocolate to Morphine: Understanding Mind-Active Drugs* (1983).

R.C. ZAEHNER, *Mysticism, Sacred and Profane* (1957, reissued 1980), mainly a criticism of the views of Aldous Huxley on drugs, and *Drugs, Mysticism, and Make-Believe* (1972; also published as *Zen, Drugs, and Mysticism,* 1973);

W.T. STACE, *Mysticism and Philosophy* (1960, reprinted 1987), a very clear account of mysticism that alludes to drugs;

DANIEL H. EFRON, BO HOLMSTEDT, and NATHAN S. KLINE (eds.), *Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs* (1967, reissued 1979), a review by international experts, including material on cults;

PETER T. FURST (ed.), *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens* (1972, reissued with changes, 1990), based on a 1970 lecture series;

PAUL H. BALLARD (ed.), *Psychedelic Religion?* (1972), a collection of papers from a colloquium.

VALENTINA PAVLOVNA WASSON and R. GORDON WASSON, *Mushrooms, Russia, and History,* 2 vol. (1957);

R. GORDON WASSON, *Soma: Divine Mushroom of Immortality* (1968), are required readings for those who wish to be thoroughly informed on mushroom cults.

DEA COULD IMPROVE ITS HEROIN SIGNATURE AND DOMESTIC MONITOR PROGRAMS' GEOGRAPHIC SOURCE DATA
Date: 03/29/2002; Reading Level: 9.
Publication: Government Accounting Office Report; Author: ; Source: MAGAZINES

H: the surprising truth about heroin and addiction.
Date: 06/01/2003; Reading Level: 9.
Publication: Reason; Author: Sullum, Jacob ; Source: MAGAZINES

Heroin-related noncardiogenic pulmonary edema *: a case series. (clinical investigations in critical care).
Date: 11/01/2001; Reading Level: 9.
Publication: Chest; Author: Sporer, Karl A. Dorn, Elizabeth ; Source: MAGAZINES

AMERICAN HEROIN CRISIS:SCOTT J. PELLETIER
Date: 12/12/2002; Reading Level: 9.
Publication: Congressional Testimony; Author: ; Source: TVRAD

Heroin Overdose Deaths -- Multnomah County, Oregon, 1993-1999.
Date: 07/21/2000; Reading Level: 9.
Publication: Morbidity and Mortality Weekly Report; Author: ; Source: NEWSPAPERS

HEROIN BRITAIN; As the Home Office downgrades the risk of cannabis, a terrifying Mail investigation by six undercover female reporters reveals the ease with which heroin can now be bought.
Date: 03/15/2002; Reading Level: 9.
Publication: The Daily Mail (London, England); Author: Weathers, Helen Bruegmann, Carmen ; Source: NEWSPAPERS

Heroin reaches the well-to-do adolescent population. (Special report: worrying new trends in heroin use).
Date: 11/01/2002; Reading Level: 9.
Publication: The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter; Author: Rosenker, David C. ; Source: NEWSPAPERS

HEROIN USE ON THE RISE, OFFICERS SAY.(TRIAD/STATE)
Date: 02/15/1997; Reading Level: 9.
Publication: The News & Record (Piedmont Triad, NC); Author: Rothrock, Millicent ; Source: NEWSPAPERS

HEROIN MAKING DEADLY COMEBACK.(NEWS)
Date: 05/23/2002; Reading Level: 9.
Publication: The Kentucky Post (Covington, KY); Author: Whitehead, Shelly ; Source: NEWSPAPERS

www.2020site.org/opium

BIBLIOGRAFIE

1. xxx – ***Dicţionar enciclopedic ilustrat***, Ed. Cartier SRL, Ed. CODEX 2000 SRL, Bucureşti, 1999, 1808p;
2. xxx – ***Agenda medicală*** –2001
3. http://www.bioport.ro/Bioport/Droguri.html
4. România, ***Raport naţional 2000***
5. *** - DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, American Psychiatric Association Washington, DC, 1995.
6. *** - C.I.M – Clasificaţia Internaţională a maladiilor – Revizia a 10-a O.M.S. – Editura medicală, 2001.
7. Institutul de Lingvistică, *Dicţionarul explicativ al Limbii române*, ed. Academiei RSR, Bucureşti, 1975,
8. Ander Z., Bilegan I, Molnar V., *Medicină legală*. EDP, Bucureşti, 1966,
9. Antoniu G., Bulai C., *Practica judiciară penală* – partea specială, ed. Academiei Române, Bucureşti, 1992,
10. Baboian Dic, *Paşaport pentru infern*, Ed E.P., Bucureşti, 1970,
11. Beliş V. (sub red.), *Tratat de medicină legală*. Vol. I-II, Ed. Medicală, Bucureşti, 1995,
12. Bercheşan V., Pletea Ctin., *Drogurile şi Traficanţii de droguri*. Ed. Paralela 45, 1998.
13. Boroi Alex., Neagu Norel, Radu-Sultănescu V., *Infracţiuni prevăzute de Legea nr.143/2000*. Ed. Roseti, 2000.
14. Buhuş C., *Uzul de droguri şi delictul. Lupta antidrog*., pag.308, în lucrarea, Tihan E. (coord.), *Fenomene psihosociale de masă*. Ed. IESPU – FOCUS, 2002.
15. Bulai C., Filipaş A., Mitrache C., *Drept penal român* – curs selectiv pentru licenţă, edit. Press Mihaela SRL, Bucureşti, 1997
16. Căpăstraru C., *Toxicomania. Implicaţi sociale*. pag.301, în lucrarea, Tihan E. (coord.), *Fenomene psihosociale de masă*. Ed. IESPU – FOCUS, 2002.
17. Căpăstraru C., Tihan E.,*Traficul şi consumul ilicit de droguri. Aspecte juridice şi psihosociologice*. Ed. IESPU – FOCUS, 2002.
18. Diaconescu Ghe., *Infracţiunile în legi speciale şi legi extrapenale*, ed. Oscar Print, Bucureşti, 1997.
19. Dima T., *Traficul şi consumul ilicit de stupefiante*. Ed. Lumina lex, 2001.
20. Dima T., *Infracţiunea de trafic de stupefiante şi reglementarea actuală a regimului produselor şi substanţelor stupefiante*, Revista română de drept, nr.5/1972,
21. Dongoroz V., Kahane S., Oancea I., ş.a., *Explicaţii teoretice ale codului penal român*, ed. Academiei RSR, Bucureşti, 1972,
22. Drăgan J., *Drogurile în viaţa românilor*, vol I-II, ed. Magicart Design, Bucureşti, 1972,
23. Drăgan J., *Dicţionar Enciclopedic de droguri*, MI, Serviciul editorial, Bucureşti, 1991,
24. Drăgan J., Teza de doctorat – *Incriminarea traficului ilicit de droguri*, Academia de Poliţie, 1996,
25. Gafiţă Mihai, ***Publicitate pentru combaterea traficului de droguri***. In revista Psihosociologia mas-media, nr3/2003,
26. Geamănu, G., *Dreptul internaţional penal şi infracţiunile internaţionale*, ed. Academiei RSR., Bucureşti, 1977,
27. Fureman B., Parikh G., Brag A. ,Thomas McLellan A. - *Addiction Severity Index: A Guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years. (Fifth edition)*, The University of Pennsylvania / Veterans Administration, Center for Stadies of Addiction, 1990.
28. Hendriks VM; Kaplan CD; van Limbeek J; Geerlings P (1990): The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatement,* 6 (2), 133-141; and :

Hendriks VM; Meer CW van der; Blanken P (1991): *De Addiction Severity Index, ASI.Handleiding bij training en afname.* Rotterdam: Addiction Research Institute Rotterdam (IVO)

29. Kaplan & Sadock – *Comprehensive Textbook Of Psychiatry* – 7th Eddition
30. Kokkevi A., Hartgers C., Blanken P., Fahrner E. M., Pozzi G., Tempesta E., Uchtenhagen A. – *EuropASI – Addiction Severity Index - European Adaptation of the American 5 th edition (Mc Lellan, 1992)*, 1994
31. Lawton Barry K., Ph. D. – *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse,* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, U.S. Department of Helath and Human Services, 1998.
32. Ionescu C., *Drept constituţional şi instituţii politice*, ed. Lumina Lex, Bucureşti, 1997,
33. Ionescu L., *Criminalistică* – note de curs, Bucureşti, 1999,
34. Karch, Steven B., *Drug abuse hand-book*, CRC Press LLC, 1998,
35. Loghin O., Toader T., *Drept penal român* – partea specială, Ed. Şansa SRL, Bucureşti, 1998,
36. Lupaşcu D., Alexandru N., Zghimbea L., ş.a., *Culegere de practică judiciară a Tribunalului Bucureşti pentru anii 1994-1997*, ed. ALL
37. Marcu F., *Neologisme*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1995,
38. Miller W.R., Rollnik S. – *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour,* New York, Guilford Press, 1991Mitrache Ctin., *Drept penal român*., partea generală, Ed. Şansa, Bucureşti, 1997,
39. Muraru Ioan, *Drept constituţional şi instituţii politice*, ed. Actami, Bucureşti, 1995,
40. Oisteanu A. – *Mythos & Logos – Studii şi eseuri de antropologie culturală,*
41. Papadopol V., *Culegere de Practică judiciară penală*, ed. Holding Reporter, Bucureşti, 1998,
42. Pavel V. – *Factori care influenţează intensitatea fenomenologiei de sevraj la heroină.* Lucrare de diplomă sub coordonarea Conf. Dr. Marie Georgescu, 2003.
43. Pompei Ghe. Samarian, *Medicina şi farmacia în trecutul românesc*, ed. Timpul, Călăraşi, 1935,
44. Popescu I., Drăgulănesu C., Oprea C., Tudor A. – *O propunere de RomASI*, în Buletinul Informativ al Proiectului Matrom „Educaţie continuă în adicţii" Nr. III, Iunie, 2004
45. Prelipceanu D. – *Ghid de tratament în abuzul de substanţe psiho-active,* Ediţia a II-a, Editura Infomedica, 2002.
46. Radu R.C., Voinea E.R., Tihan E., *Ordinea de drept, bază a funcţionării sistemului social.* Ed. IESPU-FOCUS, 2003
47. Siegel K. R., *Intoxication* (Life in pursuit of artificial paradise), E.P. Dutton, NY, 1989,
48. Siegal Harvey A., Ph.D. – *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment,* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, U.S. Department of Helath and Human Services, 1998.
49. Stancu E., *Criminalistica*, vol. I-II, ed. Actami, Bucureşti, 1999,
50. Stănoiu Rodica Mihaela, *Criminologie*, vol I-II, ed. Oscar Print, Bucureşti, 1997,
51. Tejero A. , Trujois J. – *El modelo transteoretico del cambio en las adicciones: aspectos clinico-asistenciales del cambio terapeutico en los pacientes adictos – Diagnostico y tratamiento de las conductas adictivas basados en la evidencia*, Cadiz, 2001
52. Tihan E., *Abuzul de substanţe: Drogurile*. În lucrarea Tihan E., *Urgenţe în Asistenţa socială.* Ed. BCS, 2001.
53. Tihan E. (coord.), *Secte şi grupări pseudoştiinţifice.aspecte psihosociologice.* Editura IESPU Focus, Bucureşti, 2002.
54. Tudorel Toader, *Culegere de probleme din practica judiciară* – pentru uzul studenţilor, drept penal român – partea specială, Şansa, Bucureşti, 1995,
55. Ţurlea S., *Bomba drogurilor*, ed. Humanitas, Bucureşti, 1991,
56. Vasilescu L. – *Dependenţa de heroină. Postcura – element cheie în construirea unei vieţi fără drog* , Fundaţia de îngrijiri comunitare, 2004.
57. Vasiliu T., *Codul penal român – comentat şi adnotat*, ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1975,

58. Volonciu N., *Tratat de procedură penală*, vol I-II, ed. Paideia, Bucureşti, 1996,

59. Vuzitaş, Ghe., Anghelescu A., *Neurologie şi psihiatrie*, Ştiinţă şi Tehnică, Bucureşti, 1996,

60. Ungureanu Augustin, Ciopraga A., *Dispoziţii penale din legi speciale române*, ed. Lumina lex, Bucureşti, 1996,

61. Buletin informativ, *The European Union in action against drugs*. 1997.

62. Buletinul *Drugs of Abuse*., U.S. Department of Justice. Ediţia 1997

63. Revista *Viața Medicală*, nr. 16, 17/2002

64. Revista *Dreptul*, nr.6, 7/1996,

65. Sinteze ale unor rechizitorii şi materiale întocmite de secţia de urmărire penală şi criminalistică a Tribunalului Bucureşti, Dosar nr85/P/1993,

66. Probleme de drept rezolvate de Curtea de Apel Bucureşti, trim. II/1996,

67. ARLID (Asoc. Română de Luptă împotriva Drogurilor), *Totul despre droguri – material informativ*, Bucureşti, 1996,

68. *Raport al secției de control, organizare și studii din cadrul Curții Supreme de Justiție, cu privire la situația traficului de stupefiante în România, 1997-1998*,

69. Materiale informative ale UE prezentate în cadrul conferinţei regionale din Slovacia (Smolenice), 1999, pe tema Lupta împotriva Drogurilor

70. Ace A.M., Smith D., *Crack*. Nursing '87, 1987, nr.5, 614-616.

71. Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Johnston, J., *Adolescence to adulthood: change and stability in the lives of young men*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, 1978.

72. Bennett G., Graves S.E., Kavanough M.T., Vourakis C., *An overview of substance abuse treatment*. În: Bennett G., Vourakis C., Woolf D.S., eds. *Substance abuse*., NY: John Wiley & Sons, 1983.

73. Blum R.H., Gartfield E.F., Johnstone J.L., Magistad J.D., *Drug education: Further results and recommandations*. Journal of Drug Issues, 8, 379-425, 1983.

74. Boroi Alex., Neagu Norel, Radu-Sultănescu V., *Infracțiuni prevăzute de Legea nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri.* Ed. Rosetti, 2001.

75. Capuzzi D., Lecoq L., *Social and personal determinants of adolescent use and abuse of alcohol and marijuana*. The Personnel and Guidance Journal, 62, 199-205, 1983.

76. Dima Traian, *Traficul și consumul ilicit de stupefiante. Combatere prin mijloace de drept penal*. Ed. Lumina Lex, 2001.

77. Fischman M.W., *The behavioral pharmacology of cocaine in humans*. În: Grabowski J., ed. *Cocaine: the pharmacology, effects and treatment of abuse*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1984.

78. Ford D.S., *Factors related to the anticipated use of drugs by urban junior high school students*. J. of Drug Education, 13, 187-196, 1983.

79. Gafiţa M., *Publicitate pentru combaterea traficului de droguri*. În revista Psihosociologia-Mass-media, nr.3/2003, pag. 49-50

80. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie OXFORD*., (traducere lb.română, ed. a II-a), 1994, As.Psihiatrilor Liberi din România.

81. Hamilton J.A., *An overview of the critical relationale for advancing gender – related psychopharmacology and drug abuse research*. În: Ray B.A., Brande M.C., eds. *Women and drugs: new era for research*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1986.

82. Hoffman Al., Estas N.J., *A tool for measuring body and behavioral experiences*. Alcohol Health Res World, 1986, 10, 3.

83. Jalali B., Jalali M., Crocetti G., Turner F., *Adolescents and drug use: Toward a more comprehensive approach*. American J of Ortopsychiatry, 51, 120-130, 1981.

84. Jessor R., Jessor S.L., *Problem behavior and psychosocial development longitudinal study of youth*., 1977, New York, Academic Press.

85. Jessor R., Jessor S.L., *Theory – testing in longitudinal research on marijuana use*. În lucrarea: Kandel D., ed. *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*., 1978, Washington D.C.: Halstead-Wiley.

86. Kandel D., *Adolescent marijuana use: role of parents and peers*., Science, 1973, 181, 1067-1070.

87. Kandel D., *Drug and drinking behavior among youth*. Annual Review of Sociology, 1980, 6, 235-285.

88. Kandel D., Murphy D., Karus D., *Cocaine use in young adulthood: patterns of use and psychological correlates*. În: Kozel N.S., Adams E.H., eds. *Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspectives*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1985.

89. Kim S., *An evaluation of ombudsman primary prevention program on strudent drug abuse*. Journal of Drug Abuse, 11, 27-36, 1981.

90. Kovack J.A., Glickman N.W., *Levels and psychosocial correlates of adolescent drug use*. Journal of Youth and Adolescence, 1986, 15, 61-77.

91. Mills C.J., Noyes H.L., *Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1984, 52, 321-243.

92. McFarland G.K., Wasli E., *Nursing Diagnoses and process in psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1986.

93. Mendelson S.H., Mello N., *The Diagnosis and Treatment of alcoholism*. New York, McGraw-Hill, 1986.

94. Moss A.R., *AIDS and intravenous drug use: the real heterosexual epidemic*. British Medical Journal 294, 389-90, 1987.

95. National Institute of Drug Abuse. *Teenage drug use: A search for causes and consequences*., realizată de Smith G.M. În: Littieri D.J., ed. *Predicting adolescent drug use: A review of the issues, methods and correlates*. DHEW Pub.No(HDM) 76-299, Washington D.C.: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.

96. Newcomb M.D., Maddolician E., Bealter P.M., *Risk factors for drug use among adolescents: concurent and longitudinal analysis*. An J.Public Health, 1986, 76: 525-531.

97. Prelipceanu D., Voicu V., *Abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive*. Manual pentru studenţii în medicină şi medicii rezidenţi psihiatri. Editura InfoMedica, Bucureşti, 2004,

98. Rickel A.U., Allen L., *Preventing maladjustment form infancy through adolescence*. Beverly Hills, Sage, 1987.

99. Sheppard M.A., Weight D., Goodstadt M.S., *Peer pressure and drug use: Exploding the myth*. Adolescence, 1985, 20, 949-958.

100. Sparkes R.S., *Polymorphic gene marker studies*. În: Brande M.C., Chao H.M., eds. *Genetic and biological markers in drug abuse and alcoholism*. Rockville M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1986.

101. Textor M.R., *Family therapy with drug addicts: an integrated approach*. Am.J.Orthopsychiatry, 1987, 57, 495-507.

102. Tihan E., *Dependenţă şi non-dependenţă la vârsta adolescenţei*. Conferinţă la Şcoala superioară N.Kretzulescu, 1996, Bucureşti.

103. Tihan E., *Cercetare psihologică asupra grupului de dependenţi de drog aflaţi în program terapeutic la C.M.D.T.-Munposan'94, martie-iunie 1999.*

104. Tucker M.B., *Coping and drug use among heroin – addicted women and men*. În: Shiffman S., Willis T.A., eds. Coping and substance use. NY: Academic Press, 1985.

105. U.S. Dept. of Education., *Youth indicators – 1988*, DOE.Pub.No.PIP.88-834, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

106. Vasile D., Gheorghe M.D., Voicu V., *Dependenţa de heroină*. Editura Amaltea, Bucureşti, 2001.

107. Vintileanu I., Roman M., *Femeia în criminalitate*., Institutul pentru Cercetarea şi Prevenirea Ciminalităţii. 2000

108. Wise R.A., *Neural mechanisms of the reinforcing action of cocaine*. În: Grabowski J., ed. *Cocaine: pharmacology, effects and treatment of abuse*. Rockville M.D.: National Institute on Drug Abuse, 1984.

109. Wright L.S., *Parental permission to date and its relationship to drug and suicidal thoughts among adolescence*. Adolescence, 1982, 17, 409-418.

110. Revista *VIAŢA MEDICALĂ*, nr.16, 17/2002

111. Cristea Aurelia Nicoleta, *Farmacologie generală.* EDP., Bucureşti, 1998.

112. Dobrescu D., *Lucrări practice de farmacodinamie*. EDP, bucureşti, 1967.

113. Dobrescu D., *Substanţe blocante ale receptorilor beta-adrenergici.* Viaţa Medicală, 1969.16. 73

114. Dobrescu D., *Farmacodinamia.* Ed.I., EDP., Bucureşti, 1998

115. Gheorghe Manole, *Fiziopatologie clinică generală.* EdituraCoresi, 2002, Bucureşti.

116. Ionescu-Vaio M., Dimitriu Gh, Deliu Cornelia, *Biologie celulară.* EDP., Bucureşti, 1981.

117. Stroescu Valentin, *Bazele farmacologice ale practicii medicale*. Ed. Medicală, Bucureşti, 2001.

118. Valette G., *Precis de Pharmacodynamie.* Masson, Paris, 1964.

119. Wagner J.G., *Biopharmaceutics and relevant pharmacokinetics*, Drug Intellig. Publ., Hamilton, 1971.

120. *** *Memomed 2003*, Editura Minesan, Ed. A IX-a, 2003